

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

245

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 11 mars 1899, à 1 heure

Par Georges DAVERÈDE

Né à Toulouse le 31 janvier 1874

LES

RASH POLYMORPHES

DANS LA

VARICELLE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. } CORNIL, professeur.

} MARFAN et MÉNETRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



245

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 11 mars 1899, à 1 heure

Par Georges DAVERÈDE

Né à Toulouse le 31 janvier 1874

LES

RASH POLYMORPHES

DANS LA

VARICELLE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. } CORNIL, professeur.
} MARFAN et MÉNETRIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

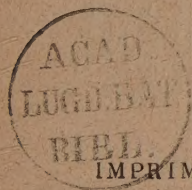
PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1899



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
		HUTINEL.
Pathologie médicale		DEBOVE.
		LANNELONGUE.
Pathologie chirurgicale		CORNIL.
Anatomie pathologique		MATHIAS DUVAL
Histologie		TERRIER.
Opérations et appareils		POUCHET.
Matière médicale et pharmacologie		LANDOUZY
Thérapeutique		PROUST.
Hygiène		BROUARDEL.
Médecine légale		N.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHANTEMESSE.
athologie expérimentale et comparée		POTAIN.
		JACCOUD.
Clinique médicale		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE A MA MÈRE

Mon premier témoignage de reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR MOIZARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de l'hôpital des Enfants malades

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Pathologie Interne à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'hôpital des Enfants assistés

LES
RASH POLYMORPHES
DANS LA
VARICELLE

INTRODUCTION

Le mot « Rash » a vécu durant de longues années dans la terminologie médicale, sans compréhension stricte, sans acception délimitée. Né des besoins de la Clinique, son usage s'est prolongé incertain, jusqu'au jour où une observation plus étroite l'a enserré dans une signification plus précise. Dès lors, après lui avoir donné toute la latitude d'un terme vague s'attachant indifféremment à des exanthèmes sans liens respectifs, on en a désigné strictement une éruption polymorphe apparaissant à la période initiale de plusieurs maladies infectieuses.

Emprunté à la médecine Anglaise, qui elle-même le tenait de l'Italien (raschiare gratter), ce mot était entré en entier dans le vieux français qui en avait fait *rache* (teigne).

Les Anglais en faisaient un terme générique auquel ils donnaient au moyen d'un qualificatif une portée plus précise. C'est ainsi qu'ils avaient créé : *Variolous rash* : exanthème varioleux.... *red rash* : éruption rouge.

Le Français ne restreignit point de sitôt cette vaste signification.

Le rash était indifféremment au début une banale demangeaison sans exanthème, ou une éruption de nature quelconque sans sensation douloureuse ; le rash fut une manifestation roséolique dont on semblait, par là-même, méconnaître la spécificité ; le choléra, la diphtérie, le rhumatisme s'étalaient tout au long dans l'étiologie du rash ; des rash encore étaient les éruptions de nature toxique que provoquait l'empoisonnement par la belladone, le datura, l'opium ; enfin jusqu'à la rubéfaction épidermique consécutive aux agents physiques, tels que chaleur, électricité, tout rentrait dans cette vaste classe d'affections, que, sans préjuger de leur nature, on appelait des rash.

Toutefois pour si vague et si chancelante qu'elle fut, cette terminologie imparfaite trahissait déjà un progrès. La découverte d'un nouveau symptôme avait fait sentir le besoin d'une appellation neuve, et l'historique des rash nous montre à son tour une période fort hésitante dans leur observation clinique.

Ce sont ces exanthèmes particuliers, ces « rash » longtemps méconnus que nous nous attacherons à étudier ; et dans cette question, opérant même une sélection, nous aurons presque spécialement pour objet ceux que l'on observe dans le cours de la varicelle.

■ Mais avant d'entrer au cœur de notre travail, à la veille de

notre vie médicale pratique, le devoir nous demande de jeter un coup d'œil en arrière pour remercier ceux qui durant nos études se sont intéressés à nos efforts. Nous saisisons donc cette occasion pour témoigner à nos maîtres de la Faculté de Paris la reconnaissance qu'ils ont su nous inspirer. Ils nous ont accueilli d'abord, dirigé ensuite avec une bienveillance extrême.

Nous exprimons à M. le D^r Champetier de Ribes, accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, notre vive gratitude pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter. Nous lui devons une grande partie de nos études obstétricales et pendant de longs mois sa bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie.

M. le D^r Comby, médecin des hôpitaux, nous a par ses enseignements multiples, créé un devoir de reconnaissance que nous sommes heureux de remplir en lui exprimant notre respectueuse gratitude.

M. le D^r Moizard, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, s'est particulièrement occupé de nous. Durant une année sa bienveillante attention a singulièrement contribué à nous initier à la pathologie infantile. C'est à lui enfin que nous devons l'inspiration de ce travail. Il a bien voulu nous autoriser à publier les observations de son service, qu'il daigne accepter l'expression de notre plus vive reconnaissance.

MM. Couvelaire et Bernheim, internes des hôpitaux, ont droit à tous nos remerciements.

Longtemps étudiant de la faculté de Toulouse, nous avons su apprécier le dévouement de nos maîtres à notre égard. Trop de bonté nous a été témoignée par eux pour que nous oublions ce que nous leur devons.

M. le D^r Caubet, professeur de clinique médicale, ancien doyen de la faculté de Toulouse ne nous a jamais ménagé sa sollicitude. D'un dévouement qui n'a pas connu de limites, il nous a toujours inspiré aux moments difficiles.

C'est sa touchante bienveillance envers nous qui nous oblige à lui témoigner une reconnaissance sans bornes.

M. le Professeur Secheyron s'est également intéressé particulièrement à nous, alors que nous avions recours à son expérience. La gratitude que nous pouvons lui exprimer ici, est certainement au-dessous de celle qui nous anime.

M. le Professeur Hutinel a daigné accepter la présidence de notre thèse, avec une respectueuse reconnaissance nous le remercions.

HISTORIQUE

Il y aurait de la témérité à croire récentes les premières observations d'exanthèmes polymorphes accompagnant dans maintes circonstances l'apparition de fièvres éruptives. Leur création en tant que symptômes morbides parfaitement limités marque sans contestation une époque assez rapprochée, mais la découverte vague et indécise de ce signe remonte au XVIII^e siècle.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les multiples observations de fièvres éruptives datant de cette époque pour être immédiatement frappé de l'affinité considérable que semblaient présenter entre eux ces différents états infectieux. Une rougeole, une variole, une diphtérie, évoluaient rarement isolées. Autour de l'affection primordiale semblaient se greffer des affections sœurs, dont l'apparition ne présentait guère d'époque fixe. Le malade placé dans ce que l'on devait plus tard appeler un « état de réceptivité morbide », se trouvait du fait de sa première atteinte à la merci d'une infinité d'états pathologiques qui se surajoutaient à la maladie initiale.

Loin de nous, la pensée de contester la possibilité de ces états hybrides dans lesquels une pyrexie se greffe sur une autre

pyrexie déjà existante. Les faits cliniques sont là, pour affirmer la possibilité de cette dualité d'affections.

Mais si l'on examine de près la question, on constate que ces cas relativement rares de nos jours étaient bien plus fréquents durant les époques qui nous ont précédé. Par contre, on accuse aujourd'hui un symptôme couramment observé en pareil cas, autrefois passé sous silence. Ce symptôme serait une éruption, une efflorescence de nature spéciale qui sans changer la marche de l'affection en cours évoluerait en même temps que celle-ci, en constituant pour ainsi dire une partie intégrante.

Nous sommes déjà loin de l'ancienne théorie, puisque nous affirmons dans la majorité des cas l'unité de la manifestation morbide entourée de symptômes satellites, tandis qu'anciennement un de ces symptômes se trouvait individualisé, opposé à l'affection elle-même, et constituait à lui seul une entité nosologique.

Certaines observations relativement récentes, notamment celle de Rostan (*Lancette* 1847) propagent l'idée de cette pluralité d'affections contemporaines. Dans le cas auquel nous faisons allusion, le malade aurait été atteint simultanément d'une éruption de variole compliquée de rougeole, tandis qu'en même temps se montraient des signes manifestes de scarlatine et de purpura. Réellement, c'est beaucoup ; et vu l'état actuel de la science à ce sujet, ne serait-il pas plus simple nous semble-t-il, d'admettre un érythème scarlatiniforme et morbilliforme, un « *rash* » accompagnant une variole hémorrhagique ?

Toutefois après avoir cité cet exemple pour fixer les idées antérieurement émises à ce sujet, nous devons reconnaître que plusieurs auteurs avaient été préoccupés par l'apparition des symp-

tômes cutanés précédant l'éruption franche et particulière de différentes fièvres infectieuses.

La première allusion à ces exanthèmes fut faite par Welsch en 1655 à propos d'une épidémie de miliaire qu'il avait eu lui-même l'occasion d'observer. (*Historia medica novum puerorum morborum continens*).

Puis de longues années s'écoulaient avant les travaux d'Hamilton (1710) et de Pierre de Gerike (1711). Les ouvrages de Haën (*ratio medendi*), 1760 et de Gastelier (1773) consacrent de longs articles à ces « fièvres miliaires essentielles » survenant dans le cours d'autres affections fébriles. En 1784 Gastelier reprenait ce sujet et considérait l'épidémicité de la maladie.

Dès lors de nombreux travaux se succèdent. On publie beaucoup sous forme de violentes discussions sur « cette éruption qui n'est pas la fièvre miliaire, mais qui l'accompagne. » On cherche à la désigner par un vocable spécial répondant ainsi à un besoin qui vient de se créer. Valentin et Dezoteux en 1799 introduisent alors pour la première fois le mot de « rash » dans le langage médical. Ils ont observé cette éruption particulière à la suite d'une inoculation variolique.

Le XIX^e siècle se levait sur ces théories et tombait dans un excès de généralisation. Desbois rapprochait les exanthèmes fébriles des éruptions cutanées consécutives à l'usage exagéré de l'opium. Meigs, dans le *north american medical and surgical journal* parlait des érythèmes scarlatiniformes consécutifs à l'empoisonnement par le datura stramonium. L'ingestion de la belladone était rendue responsable d'un pareil érythème relaté en 1828 par Jolly.

En 1833, Autenrieth publie un travail où il émet des idées nouvelles sur les accidents toxiques et en particulier les éruptions cutanées consécutives à l'absorption de certains poissons (*Ueber das Gieft der Fische*, 1833).

Charcot en 1858, présente à la société de biologie l'observation d'un érythème scarlatiniforme.

La même année une vive discussion (Sée, Bouchut) s'élève à la Société médicale des hôpitaux, tendant à contester la présence récemment signalée des rash dans la diphtérie.

En 1858, encore, la *Gazette des Hôpitaux* enregistre une étude sur le *variolous rash* des Anglais (Delpech).

La même année voyait éclore les travaux de Gubler.

Trousseau enfin dans ses cliniques de l'Hôtel Dieu (1861) fait un exposé magistral des rash scarlatiniformes.

Le fait est donc connu, discuté, interprété suivant les observations particulières ; l'exanthème est acquis, son existence n'est plus contestée. A qui donc revient la priorité de la description de ce signe au cours de la varicelle ?

Bez dans sa thèse en 1877 s'exprimait ainsi : « Parmi ses nombreux points d'analogie avec les affections varioleuses, la « petite vérole volante est comme elles précédée dans un certain « nombre de cas par une éruption scarlatiniforme. Churchill est « néanmoins le seul des auteurs consultés par nous, qui mentionne que dans la varicelle il se produit parfois un érythème « universel, précédant de quelques heures l'éruption ».

Nous ferons remonter plus haut l'origine de cette découverte et avec de Bourdineau, nous attribuerons la priorité à Gintrac qui, dès 1859 avait observé une varicelle précédée de taches

« rose pâle disparaissant sous le doigt » universellement répandues sur le tronc.

Plus près de nous, Thomas en 1869 publie la première monographie importante sur ce sujet.

Des observations consécutives voient ensuite le jour (Hénoch, 1874, Badan, 1883, Œconomon, 1888, Stainforth, 1890).

Dans ces travaux, la varicelle évolue normalement, accompagnée ou précédée de manifestations cutanées soit scarlatiniformes soit morbiliformes. Ces manifestations varient dans leur aspect, leur durée, la date de leur apparition, et compliquent par leur présence un diagnostic qui demeure chancelant jusqu'à la constatation de l'éruption varicellique typique.

En 1891 enfin, MM. Galliard et Chauffard communiquent à la société médicale des hôpitaux des exemples fort concluants de rash prévaricelliques de nature respectivement scarlatiniforme et morbiliforme.

Citons pour donner un aperçu historique complet de travaux émis sur cette question, les thèses d'Alméras, de Marie, de de Bourdineau ; Et mentionnant la récente publication du Dr Audéoud de Genève, nous aurons réuni à peu près tout ce qui a été écrit sur le sujet qui nous occupe.

PATHOGÉNIE

Qu'est-ce donc qu'un rash ? Quelle est la portée stricte que possède actuellement ce mot, et quelles sont les manifestations que l'on range dans cette catégorie ?

Le rash est « une éruption se présentant dans le cours des fièvres éruptives, surajoutée à la manifestation cutanée pathogénomique de la maladie et apparaissant sous des aspects différents, le plus souvent pendant les prodromes de l'affection, parfois même en même temps que l'éruption caractéristique (1). »

Quelle est sa nature ? Nous étudierons dans une vue d'ensemble le mécanisme des rash en général, leur interprétation pouvant se particulariser et s'appliquer spécialement à la varicelle.

La pathogénie des rash est certainement au cours de notre travail, la question la plus intéressante à étudier. L'existence de l'exanthème est prouvée par l'observation. Ses effets se rattachent à l'étude clinique, et l'expérience seule parvient à les annoncer. Tout ce qui dans le phénomène est extérieurement tangible tombe dans le domaine du fait matériel, banale constata-

1. Audéoud. *Archives de médecine des Enfants*, 1898.

tion d'une manifestation plus ou moins régulière. Mais, l'explication de cette manifestation elle-même, les causes auxquelles on doit attribuer le fait pathologique, les circonstances qui président à son élaboration, constituent une étude intéressante que nous tâcherons d'approfondir.

Les difficultés qui président actuellement à l'élucidation de la pathogénie des rash, et l'indécision que l'on rencontre encore dans les théories qui se rattachent à ce chapitre, expliquent surabondamment les errements anciens dont cette étude a été l'objet.

Il est constant que, dans les états infectieux qui s'accompagnent de cette manifestation, un état fébrile d'une intensité variable s'établit dès le début de la maladie. Une transpiration, une moiteur, qui rarement font défaut, couvrent le corps du malade, et l'on avait habilement rapproché ces deux symptômes pour faire de l'un la conséquence de l'autre. Le malade présentait une éruption parce qu'il suait et que l'irritation constante d'une poussée sudorale viciée était mal supportée par un épiderme macéré.

Telle était l'opinion professée. C'était celle de Gastelier. La sueur « âcre » était pour lui la cause nécessaire et suffisante de ces apparitions exanthématiques.

Cette explication ne résiste pas à une observation même superficielle. Et l'on conçoit difficilement qu'elle ait joui durant de longues années d'un crédit si peu raisonné. Les exemples ne manquaient pas en effet de varioles, de varicelles, où une sueur profuse ne s'accompagnait nullement de manifestations hyperémiques cutanées. Inversement ils étaient légion, les cas où un rash se développait en l'absence absolue de fièvre et de sueur.

Bazin faisait de l'érythème prééruptif dans les fièvres infectieuses une manifestation dermopathique rhumatismale. Il considérait l'économie comme étant tout entière sous le coup de l'affection et s'accompagnant de poussées cutanées, d'après un processus analogue à celui qui présiderait aux douleurs articulaires accompagnant souvent les états infectieux.

D'autres théories surviennent encore. Chacune est appuyée sur des observations. Et son auteur, d'après le côté qu'il a entrevu dans la maladie, rattache le rash à la manifestation qui l'a frappé davantage.

Hutchinson en fait une fièvre franche, inconnue jusqu'à lui : entité nosologique spéciale, avec son évolution propre et son action particulière. Il lui cherche une étiologie. Puis de la cause passant à l'effet, il décrit l'érythème, fièvre éruptive, et une association, qui pour lui est certainement due à un microbe inconnu encore.

On est allé d'ailleurs jusqu'à décrire le microbe de l'érythème.

Et cette affection prenant droit de cité au rang des pyrexies aiguës, on a écrit un chapitre spécial de pathologie fébrile.

Van Swieten, Borsieri, attribuaient l'éruption à « une constitution épidémique » spéciale.

C'était prédire singulièrement les résultats auxquels la science, sur un terrain plus général il est vrai, devait ultérieurement nous conduire. Il est bien léger l'écart qui sépare la « constitution épidémique » de nos prédécesseurs de notre « Génie épidémique », cette influence méconnue encore et insaisissable à nos moyens d'investigation, d'après laquelle la réunion de certaines circons-

tances climatériques et telluriques modifie à les méconnaître les caractères spéciaux d'une affection.

Nos devanciers, grands observateurs, avaient parfaitement saisi les nuances qui différencient une épidémie de varicelle, d'une autre épidémie de même nature. Ils avaient constaté, sans pouvoir en expliquer la cause, la prédominance du mal sur une partie spéciale de l'organisme, alors que la même affection, dans une épidémie voisine, porte plus spécialement ses coups sur un organe épargné par la première. Frappés de voir une érythème dans une maladie infectieuse, ils ne s'expliquaient son absence dans des cas analogues que par cette « constitution épidémique » que nous remarquons aussi sans l'expliquer. Et nous devons reconnaître, que si à leur exemple nous observons les faits, à leur exemple aussi nous voilons notre indécision derrière un mot qu'avant nous ils avaient créé.

A côté de l'influence épidémique, nous avons conçu l'influence individuelle, et peut-être devons-nous faire entrer en ligne de compte, dans l'étiologie des érythèmes qui accompagnent la varicelle, l'état de réceptivité spéciale que présente le sujet au développement de l'affection. Il semble exister une prédisposition marquée, une affinité, une réceptivité innée qui provoque chez l'un les manifestations cutanées, alors que celles-ci sont muettes chez un autre. Cela semble être l'apanage de certains téguments que de réagir à leur façon à l'excitation produite par un agent extérieur. Et leur réaction à eux c'est l'érythème, érythème d'aptitude, érythème de penchant, qui trouve sa raison d'être dans le sujet qui réagit lui-même, et non dans l'agent qui occasionne la réaction. Et cela est si vrai, ce « *locus minoris resistentiæ* » indi-

viduel est d'une observation si flagrante, que chez certains organismes, l'érythème se manifeste à propos de tout. Le froid sera son origine la plus banale. Il surviendra également à l'occasion d'une exposition prolongée à la chaleur. L'ingestion de poisons à petite dose, de substances médicamenteuses, se manifestera chez certains par une réaction cutanée intense, hors de toute proportion avec la quantité de substance utilisée ; alors qu'un calme absolu, une absence complète de symptômes constituera chez d'autres une observation négative.

En somme quoi d'étonnant à ce que la peau réagisse par un érythème, dans des cas où l'organisme est intoxiqué dans toutes ses parties ? Les divers viscères subissent dans leur conformation anatomique intime des modifications spéciales, reconnaissant pour cause l'agent toxique disséminé dans les tissus. Pourquoi refuser à l'un de ces tissus le droit de prendre part à l'infection générale et de réagir selon ses moyens (1).

Cette intéressante théorie a été longuement étudiée par M. Besnier qui en a fait l'objet d'une communication détaillée dans les *Annales de Dermatologie*.

Mais nos connaissances actuelles ne permettent pas d'édifier un travail complet sur cette question. Nous remarquons, nous observons, mais nous n'expliquons pas. Pourquoi tel sujet échappera-t-il à la loi générale, pour s'assimiler en quelque sorte son affection, et, s'il nous était permis de nous exprimer ainsi, pour élaborer des symptômes qui lui sont propres ?

Voilà ce que nous ignorons. Voilà l'inconnu que nous sommes tenus de respecter pour le moment, et en regard duquel nous

1. Hutinel *Archives générales de médecine*.

inscrivons un mot qui voile mal nos notions écourtées, et ce mot c'est la « Constitution médicale » du sujet.

Dès lors le champ s'ouvre vaste aux suppositions, et il est raisonnable d'admettre qu'une maladie infectieuse, une varice le notamment, évoluant sur plusieurs sujets dans des conditions identiques, pourra suivant la nature intime du terrain qu'elle rencontre, s'orienter de préférence dans un sens ou dans un autre, et donner indifféremment lieu à un érythème scarlatinoïde ou rubéoloïde, ou même s'abstenir de lésion tégumentaire.

Mais si nous ignorons les causes pour lesquelles l'élément infectieux varie cliniquement ses manifestations, nous croyons en revanche connaître le processus qui préside à ces manifestations elles-mêmes. C'est une chaîne biologique dont nous percevons les extrémités, mais dont la continuité nous échappe. Nous connaissons dans certains cas l'agent septique (dothiéntérie), nous n'ignorons pas son action sur les organes en général, mais pour quelle raison tel organisme opposera-t-il à certaines manifestations morbides une résistance victorieuse ? Nous l'ignorons.

Ne nous laissons pas influencer par les mots ; ne croyons pas avoir trouvé une solution à une question en litige, et ne supposons pas parce que nous aurons déclaré le sujet en état de défense particulière, ou de réceptivité spéciale, avoir par là même résolu le problème de l'évolution intime qui s'effectue au cœur des tissus.

Pour nous en rendre un compte exact, considérons l'élément anatomique à son degré d'analyse ultime : la cellule, et demandons-nous par quel mécanisme, par quelle réaction spéciale, deux cellules également composées, également vivantes, également uti-

lisées, se comporteront différemment vis-à-vis d'un agent septique d'égale intensité, de virulence immuable. Voilà ce qui nous fuit. Voilà tout le problème.

.
Quelle est donc la nature du Rash ?

Cette manifestation locale, varie dans son essence avec les différents auteurs.

Pour Newmann de Vienne, le rash est dû à l'apport de produits toxiques au niveau des capillaires cutanés, et à la réaction inflammatoire des parois vasculaires, d'où naîtrait une irritation tégumentaire (Congrès international des sciences médicales, Berlin 1890).

Lovy dans sa thèse, qui date cependant de 1890 expose à ce sujet une théorie de « décharge microbienne » par la peau, que les études des bactériologistes semblent devoir nous faire complètement repousser. Pour lui les érythèmes pyrétéoïdes des fièvres infectieuses seraient dus à *l'action des microbes éliminés par la peau, sur les capillaires du derme*. Il se passerait, du côté des téguments, un phénomène analogue à celui qui se produit au niveau du rein où l'on observe une néphrite infectieuse hémorragique, due aux lésions microbiennes capillaires.

Toutes ces théories sont aujourd'hui abandonnées. On attribue aux phénomènes congestifs du début des fièvres éruptives, et de la varicelle en particulier, une origine nerveuse.

L'hyperémie cutanée, qui se manifeste à ce moment sous la forme de rash, est due uniquement à une dilatation des capillaires. Et cette dilatation est elle-même liée à des troubles de l'innervation motrice de la peau. C'est une angionévrose. L'agent

toxique communiquant par la circulation avec les centres névro-vasculaires, produit à ce niveau une excitation spéciale, dont l'effet à distance se traduit par un érythème consécutif à une vaso-dilatation. C'est une intoxication centrale et non périphérique, comme l'explique si clairement M. Besnier, « un trouble réfléchi d'un des nombreux foyers de réflexes » érythémateux.

La manifestation périphérique n'est pas indépendante, autonome, primordiale, elle est la localisation aux téguments d'une intoxication universelle de l'organisme. Elle est l'accident particulier au cours de l'affection générale, et en cela secondaire, symptomatique, elle n'est qu'une « autotoxémie deutéropathique ».

Donc rien de local, aucun lien immédiat entre la manifestation cutanée et la présence à ce niveau de l'agent toxique source initiale des accidents.

D'ailleurs, rien n'est moins prouvé que la localisation bactérienne dans les couches cutanées profondes. « La présence réelle au niveau de la région érythémateuse d'un élément matériel pathologique n'est ni prouvée ni nécessaire ».

« Dans presque toutes nos observations la recherche des micro-organismes dans le sang a été faite avec soin par ensemencement sur gélose, sur sérum etc. : pendant la vie d'abord puis immédiatement après la mort. Jamais elle ne nous a donné de résultat positif quand nous avons pris toutes les précautions nécessaires (1) ».

M. Hutinel ne s'est pas arrêté là dans cette voie. Il a cherché la présence des microbes au niveau des inflorescences cutanées, et il a acquis la certitude que pas plus que le sang lui-même,

1. Hutinel.

l'exanthème ne recélait l'agent bactérien auquel on eût pu l'attribuer.

Il faut pourtant établir un rapport, si indirect fût-il, entre l'agent morbide, le bacille, et sa manifestation : l'exanthème. Ce lien est constitué par les toxines secrétées par le microbe lui-même. Si le sang ne contient pas l'élément figuré bactérien, il est au contraire chargé des produits de désassimilation de ce micro-organisme, et ces produits toxiques, mis en rapport avec les organes, déterminent du côté des centres nerveux des manifestations dont l'une d'elle semble maintenant élucidée : c'est le Rash.

Pourquoi refuser sa confiance à une pareille théorie ? N'est-elle pas en concordance absolue avec l'explication de certains phénomènes dus également à une intoxication microbienne, explication qui elle, est entrée dans le domaine de la pathologie courante ?

Pourquoi expliquerait-on par exemple les phénomènes de paralysie cardiaque dus à l'intoxication diphtérique, et survenant comme manifestation ultime de la maladie, alors qu'au cours de la même affection on refuserait à la paralysie vasculaire une explication qui nous satisfait en tous points.

M. Bouchard dans une communication à l'Académie des Sciences en 1891, a étudié à propos des inflammations ces produits toxiques d'origine microbienne.

Certes, il y a loin du rash à l'inflammation proprement dite ; l'inflammation étant due à la présence du bacille lui-même, en plein foyer de réaction ; le rash se produisant à distance, et reconnaissant pour cause la présence des produits d'élaboration des bacilles.

Dans l'inflammation les leucocytes sortent des vaisseaux, selon les découvertes de Conheim, pour courir à la rencontre des bactéries, suivant les explications de Massart, et donner lieu aux phénomènes de phagocytisme étudié par Metchnikoff. C'est là un complexe qui ne peut en rien s'appliquer au rash; et il est peu probable que dans ce dernier cas, il y ait même extravasation leucocytaire. En effet, dans l'inflammation banale, en même temps que diapédèse des globules blancs, il y a également issue du plasma sanguin au dehors des vaisseaux. Cet épanchement liquide constitue l'œdème inflammatoire. Dans le rash nous n'observons pas d'œdème. Il y a donc une différence considérable entre l'inflammation typique et le rash; mais les études de M. Bouchard à ce sujet nous sont d'un grand secours pour expliquer dans la mesure du possible la pathogénie de cette inflorescence, et nous en analyserons les conclusions.

M. Bouchard a étudié les produits d'élimination microbienne. Il a renouvelé son étude à propos de bacilles différents, et, de ses expériences multiples, il a tiré une déduction qui est absolument la clef de l'explication des Rash.

Les microbes selon lui, secrètent deux sortes de produits, à action diamétralement opposée sur l'organisme.

Le premier de ces produits d'élimination bactérienne, il l'a appelé l'« Anectasine ». Son action sur le système nerveux est telle, qu'elle empêche la dilatation vasculaire. Elle paralyse absolument le centre vaso-dilatateur.

La seconde substance, également d'origine microbienne, a reçu de M. Bouchard le nom d'« Ectasine ». Son action particulière

est une excitation franche du centre vaso-dilatateur amenant une congestion réflexe.

Nous tenons maintenant par là-même, l'explication et le mécanisme du rash dans la varicelle. Le bacille varicellique est un bacille producteur d'ectasine, *et selon que l'organisme qui en est porteur est dans un état de réceptivité plus considérable, selon que les tissus ont un penchant plus marqué vers l'exanthème, nous assisterons à un rash, ou nous constaterons son absence.*

Nous résumerons la discussion en disant que le rash, phénomène névro-vasculaire, est dû à une dilatation des capillaires, et à la façon dont se comporte le sang en présence des vaisseaux dilatés. Nous pouvons ainsi suivre pas à pas la genèse de ces exanthèmes de différentes natures.

L'hyperémie peu intense est le résultat d'une vaso-dilatation pure et simple.

La paralysie se présente-t-elle sur des zones petites et divisées, elle donne lieu au rash morbilliforme.

Si la paralysie vasculaire frappe un territoire plus considérable on assiste à un rash scarlatiniforme.

L'hyperémie est-elle excessive et l'ectasie vasculaire poussée plus loin, on a sous les yeux des ruptures capillaires, réalisant le type purpurique du Rash.

ÉTUDE CLINIQUE DU RASH

La question de la fréquence du rash dans la varicelle ne peut être précisée que d'une façon très relative. L'attention des cliniciens n'a été, que depuis peu de temps, attirée sur ce symptôme, et il est à supposer qu'une observation plus minutieuse l'eût révélé dans plusieurs circonstances où l'on n'en fait pas mention. De Bourdineau dans son travail en cite seulement 20 cas connus. Est-ce à croire que 20 fois seulement la varicelle se soit accompagnée d'un exanthème prémonitoire ? Evidemment c'est là une assertion risquée.

Il est rationnel de supposer que la fugacité du symptôme l'a fait passer inaperçu à maintes reprises. Avant que l'attention ait été attirée dans cette voie, bien des fois, sans nul doute, le rash avait échappé à la remarque des observateurs. Le diagnostic ne demeurait pas hésitant un seul instant. On concluait à une hybridité fébrile. On avait affaire à deux affections subintrantes, et toutes deux évoluaient sur le même sujet modifiant légèrement par leur coexistence leurs caractères normaux. La scarlatine écourtée était singulièrement bénigne, se bornant à une légère éruption sans phénomènes concomitants, et l'on mettait sur le

compte de l'évolution varicellique contemporaine les modifications les abréviations survenues au cours de la scarlatine ainsi défigurée. Nous sommes donc intimement persuadés que des cas nombreux se sont déroulés sous les yeux d'observateurs non prévenus, et que la fréquence du rash dans la varicelle est plus considérable que ne semble l'indiquer le nombre des observations qui le relatent. Nous devons toutefois conclure à sa fréquence beaucoup plus notable dans la variole.

L'âge du sujet semble être indifférent à l'apparition du symptôme. Le sexe sans effet. La virulence du virus varicellique n'a elle-même aucun rapport avec l'apparition érythémateuse. Une varicelle s'accompagnera de symptômes légers, sans gravité aucune, et présentera dans sa période initiale un rash des plus caractéristiques. Inversement dans une varicelle maligne avec complications nerveuses intenses, l'observation sera muette sur l'apparition du rash.

Dans les cas heureusement rares où l'affection prit une physiologie inquiétante, le rash a été noté une seule fois. Il s'agit d'une varicelle avec complications gangréneuses dont Stainforth nous a fait le récit.

Apparition. — Le moment de l'apparition du rash est éminemment variable. Indifféremment il semble se signaler comme phénomène de début, de déclin ou même prendre la tournure d'un phénomène critique. La question est encore en litige. Elle est l'objet de nombreuses discussions ; et d'après sa propre expérience, chacun des auteurs qui publie le phénomène semble avoir généralisé son observation individuelle au point d'en faire une règle absolue.

En résumant les faits connus, on semble devoir conclure au caractère prééruptif du rash varicellique. C'est l'impression générale qui découle naturellement de la lecture des observations. Il y a cependant des faits en contradiction avec ce qui précède, contradiction plus apparente que réelle comme nous le verrons tout à l'heure, puisqu'une observation plus serrée ramène au type prééruptif les rash du cours de la varicelle.

L'observation de Gillet se rapporte à un enfant chez lequel la varicelle en pleine évolution a fait son apparition depuis trois jours déjà lorsque le rash se dessine *suivi à peu d'intervalle d'une poussée nouvelle de varicelle*.

Dans certains cas les poussées varicelliques au nombre de 3, 4, 5 sont toutes précédées ou accompagnées d'une manifestation exanthématique.

Nous rapporterons dans notre travail une observation fort concluante de M. Audéoud où l'on assiste à une poussée normale de vésicules varicelliques, avec absence complète de phénomènes cutanés pouvant de près ou de loin rappeler le rash. Puis, après quelques jours où la guérison est considérée comme acquise, survient une nouvelle éruption précédée d'un rash indiscutable.

Demme considère l'exanthème comme une manifestation immuablement prééruptive.

Telle n'est pas l'opinion de M. Galliard qui conclue de ses travaux personnels et de ses propres constatations à la nature critique du rash.

Dans l'un des cas que nous avons observés, le rash apparaît le deuxième jour de l'éruption. Il semble cependant que nous ayons affaire à un rash prééruptif. En effet si l'on considère attentive-

ment l'ordre chronologique des différents actes morbides, on constate une éruption typique de varicelle, suivie, peu de temps après, de l'apparition du rash. Mais 24 heures après l'entrée en scène de ce phénomène, on observe très nettement une poussée nouvelle de macules varicelleuses évoluant vers la réalisation parfaite de la vésicule typique. Le rash, croyons-nous donc, est dans ce cas un phénomène de début, mais prééruptif seulement à la seconde poussée varicelleuse.

On nous objectera les faits dans lesquels le rash n'est pas suivi de cette poussée vésiculeuse, devant en faire un phénomène de début. Dans ce cas, la détermination cutanée clôt à elle seule la liste des manifestations morbides, en l'absence absolue d'éruption varicellique nouvelle. Eh bien dans ce cas encore, il se peut, et c'est vers cette croyance que nous inclinons, que malgré son apparence de phénomène critique le rash précède une poussée varicellique dont la bénignité empêche la constatation. On peut à la rigueur supposer qu'il s'agit d'un processus larvé, dans lequel la manifestation principale, la vésicule, ferait défaut au bénéfice de la détermination cutanée, seule indication d'une poussée incomplète. Ce serait un cas de varicelle *sine varicellis*.

L'apparition du rash peut s'effectuer chez les varicelleux en plein état de santé apparente, ou au cours de manifestations prodromiques. Tantôt c'est avec une inconscience absolue du sujet, tout naturellement, sans gêne, en l'absence de phénomènes quelconques, que le corps de l'enfant se recouvre de son efflorescence. Aucun malaise n'en trahit la venue, et lorsqu'apparaît la macule, qui plus tard se transformera en vésicule varicellique, le rash a

déjà disparu, fugace et inconstant, expliquant un peu ainsi l'ignorance qui l'a si longtemps entouré.

Quelquefois au contraire, c'est au milieu de troubles bruyants que les tissus opèrent leur réaction. Le malade sous le coup d'une affection en puissance, sans phénomène précis qui permette d'arriver au diagnostic, est pris d'un brusque frisson. Il est triste, maussade, abattu, languissant, lorsqu'une vive ascension thermique pouvant dépasser 41° inaugure la série des phénomènes concluants.

Au même moment ou quelques heures après, l'inspection du corps du malade accuse une rougeur diffuse plus ou moins localisée, dont nous étudierons plus loin les caractères. La même fièvre à début brusque se remarque généralement quand le rash fait son apparition dans l'intervalle des éruptions varicelliques.

La marche du rash est très rapide. Né à l'improviste son existence est éphémère. Il arrive souvent que dans un service hospitalier on ne puisse le constater à deux visites consécutives. Vingt-quatre heures ordinairement le voient apparaître et s'effacer. On cite toutefois des durées exceptionnelles de deux, trois jours et plus, mais ce sont là des anomalies avec lesquelles la règle générale ne doit pas compter ; la fugacité du rash de la varicelle pouvant même jusqu'à un certain point, le différencier de l'exanthème plus prolongé que l'on observe au début de la variole.

Le rash disparu, il ne laisse pas après lui de traces de son passage. Relativement sombre à sa période d'état, sa coloration s'estompe peu à peu, il devient rosé, flou, pâle, et s'évanouit insensiblement. Quelques instants encore une légère teinte rose thé sur-

vit à sa disparition, puis tout rentre dans l'ordre. Les téguments reprennent une teinte uniformément rose, et l'on ne remarque plus sur le corps que les vésicules varicelliques, témoins de la maladie au cours de laquelle le rash n'a été qu'un épiphénomène.

Rappelons, comme nous l'avons déjà vu, que le rash peut survenir à plusieurs reprises à l'occasion d'une poussée nouvelle de vésicules dans le courant de la même varicelle. Toutefois, quelle que soit la fréquence de son apparition, quelque intensité qu'il ait revêtue, il est à remarquer que le malade ne se desquame jamais, enlevant ainsi au clinicien les doutes qu'il aurait pu conserver sur la coexistence de la scarlatine et de la varicelle.

Le rash est absolument indolore, son apparition n'entraîne ordinairement pas de démangeaisons, et quand le petit malade se gratte, cédant à une sensation prurigineuse, c'est plutôt un effet de l'éruption varicellique que de l'érythème surajouté.

L'importance pronostique du rash est nulle. On ne peut déduire aucune conséquence de sa confluence plus ou moins marquée. La mort n'a été signalée qu'une fois dans les cas connus de rash varicellique, et l'issue fatale de l'affection quoique rare, peut fort bien survenir en l'absence de ce phénomène.

Tel que nous l'avons étudié au chapitre de la pathogénie, nous avons vu que le rash était un phénomène névrovasculaire dû à une ectasie paralytique d'origine toxique. Nous avons vu également que suivant le territoire frappé par la paralysie capillaire, l'exanthème pouvait varier son aspect, et présenter une apparence morbiliforme, scarlatiniforme ou purpurique, quelquefois polymorphe.

Etudions en détail chacune de ces manifestations :

Rash morbilliforme. — Nous possédons une seule observation concluante de rash morbilliforme pur. Elle est due à M. Chauffard et vise un enfant de 18 mois atteint de varicelle et présentant un érythème particulier, exemple morphologique unique de cette nature.

Observation I (Chauffard). — Maurice C..., 18 mois, entre le 15 juillet 1879 au n°6 de la salle Saint-Louis. Nous n'avons aucun renseignement précis sur son compte.

Eruption typique de varicelle ; sur la face, vésicules jeunes en voie de développement, encore transparentes, acuminées et boutonneuses ; quelques vésicules sur la moitié supérieure du tronc, en avant et en arrière ; sur la main et le poignet droit trois ou quatre vésicules un peu plus avancées et déjà ombiliquées.

En outre on constate l'existence d'une éruption morbilliforme constituée par un exanthème piqué par places, ailleurs en plaques irrégulières et déchiquetées avec intervalles de peau saine. Cet exanthème est d'un rose pâle. Il occupe la moitié supérieure du tronc, le bas-ventre et les membres inférieurs, surtout au-devant des genoux et sur la face externe des jambes et des cuisses. Pas d'exanthème, pas de catarrhe des muqueuses. T. soir, 37°,3.

Le lendemain le rash morbilliforme a notablement pâli, il ne tarde pas à s'effacer et la varicelle guérit sans complications, l'apyrexie est complète.

Dans un autre cas (Lorrain) l'érythème morbilliforme s'est montré associé à une manifestation franchement scarlatiniforme ; rash double ayant apparu « sur les avant-bras depuis les coudes jusqu'au poignet et principalement à la partie antérieure du membre ». Les deux éléments érythémateux sont dissociables. D'une part on constate « un érythème formé de larges plaques à contours irréguliers séparées par des espaces de peau saine et d'une coloration rosée tirant sur le rouge. Il faut remarquer que l'intensité

de cet érythème est variable, par moment très intense, il tend quelques heures après à s'effacer pour reprendre ensuite une coloration plus foncée ».

« Sur la partie antérieure du tronc on constate d'autre part un érythème qui se rapproche en partie du précèdent, mais de coloration plus atténuée ».

Le rash morbiliforme est de tous le plus rare. Pour en avoir une description détaillée, il serait à souhaiter qu'on pût l'observer dans ses différentes manifestations au cours de la varicelle. Mais une seule observation fait loi et nous avons cru ne pouvoir mieux en donner une idée que de la rapporter intégralement.

Rash scarlatiniforme. — Le rash scarlatiniforme constitue presque à lui seul la totalité des rashes varicelliques. C'est le rash typique, normal, celui que les divers auteurs ont analysé et que nous avons eu nous-même l'occasion d'étudier dans le service de M. le Dr Moizard.

Considérons un sujet atteint de rash scarlatiniforme. Les parties soumises à l'exanthème présentent une teinte rouge, pouvant varier du rouge sombre au rose pâle. Sur ce fond uniformément coloré se détache ordinairement un piqueté plus sombre, fin et confluent, non saillant, donnant au malade l'aspect scarlatineux.

Les taches de rash distribuées confusément, sans ordre, sont brusquement déchiquetées. Ordinairement elles semblent par la netteté de leurs bords transplantées sur les tissus environnants, Leur grandeur est variable. Elles peuvent, sans intervalle de peau saine, revêtir de larges surfaces cutanées ou au contraire se réduire à de grandes macules disséminées, sans lien, sans union, séparées par le tégument normal sur lequel elles semblent pla-

quées. Quelquefois, mais plus rarement, elles sont dépourvues de contours nets, elles manquent de cette brusquerie, de cette grossièreté d'aspect, et sont au contraire insensiblement reliées à la peau normale par des surfaces doucement décroissantes, aux teintes intermédiaires, aux couleurs molles et sans à-coups.

Si l'on applique vigoureusement la main sur une surface recouverte par le rash, et que brusquement on cesse le contact, on aperçoit nettement une empreinte se dessiner en blanc sur les tissus malades momentanément anémiés par la pression. Toutefois, si le rash est purpurique il ne fuit pas ainsi sous le doigt. Nous en verrons plus loin l'explication.

Si l'on essaie à l'aide de l'ongle de rayer des tissus rougis par l'exanthème, la tentative demeure infructueuse.

Tels sont les caractères du rash scarlatiniforme, celui que l'on rencontre le plus fréquemment au cours de la varicelle, puisque sur 31 cas qu'il a réunis Audéoud a ainsi établi leur proportion.

Rash scarlatiniforme.	26	fois
Rash morbilliforme	1	»
Rash purpurique	2	»
Rash polymorphe.	2	»

Rash purpurique ou hémorrhagique. — Nous venons de voir que le rash purpurique ne s'effaçait pas sous la pression du doigt comme le rash scarlatiniforme. Pour s'expliquer ce phénomène, il suffit de se reporter aux notions que nous avons déjà acquises sur le mécanisme de la formation de ce rash. Il est dû en effet, à une légère hémorrhagie survenant au niveau des tissus superficiels à l'occasion d'une rupture artérielle. Le sang est donc extra-

vasé et se trouve en communication très restreinte avec la circulation générale. Quand on presse sur les tissus hyperémiés du rash normal, la pression du doigt a pour effet de refouler le sang compris dans les vaisseaux situés sous la surface de pression. De là ischémie momentanée, anémie des tissus et blancheur des téguments. Au niveau de l'hémorragie purpurique, le sang, extérieur à la lumière vasculaire, ne peut avec la même facilité regagner la circulation, et la tache rouge hémorragique persiste en dépit de la pression.

On a signalé deux fois l'apparition d'un rash purpurique au cours de la varicelle. L'une de ces observations prise par de Lannoise dans le service de M. J. Simon se rapporte à un enfant ayant présenté des taches purpuriques, à la face interne des cuisses, comme signe prévaricellique.

Observation II (de Lannoise). — B..., âgé de 5 ans. Céphalalgie. Angine 38°. A la face interne des jambes on trouve symétriquement disposées des taches purpuriques au nombre d'une vingtaine environ de chaque côté. Ces taches ne disparaissent pas sous la pression, et l'on constate dans la suite de l'observation leur disparition progressive avec changement de coloration à la façon des ecchymoses.

Le lendemain on constatait nettement des macules qui, le surlendemain, devenaient de belles vésicules varioliques, L'état général était mauvais l'énanthème vif et inquiétant pouvait simuler la scarlatine, cas assez rare pour attirer l'attention. Une semaine après malgré les phénomènes de début l'enfant sortait guéri de l'hôpital.

Nous rapporterons encore une observation d'Andrews, liée à la précédente par la similitude des circonstances, et ces deux cas nous serviront à prouver la réalité du rash purpurique dans la

varicelle ; réalité niée par certains grâce au peu de fréquence de cette manifestation.

Observation III (Andrews). — 29 octobre. Garçon 8 ans 1/2. Angine, pâleur de la face, nausées, vomissements alimentaires avec caillots sanguins, 3 vomissements entre 3 et 11 heures du soir. A 10 heures une selle noire demi-solide ne contenant pas de sang.

30 octobre. — Nuit sans sommeil. Vomissements. Selles muco-sanglantes. Collapsus. Pouls faible et irrégulier, extrémités froides. Deux selles sanglantes dans la journée. Les vomissements disparaissent. La température s'élève. Sur les coudes et les malléoles plaques hémorragiques dont les éléments sont de dimension variable. Le centre des taches purpuriques offre une coloration noire.

1^{er} novembre. — Bonne nuit. Plus de vomissements. Selles encore sanglantes. Apparition de la varicelle. Amélioration. Guérison.

Le rash purpurique sans pour cela conférer à la maladie un danger qu'en réalité elle ne présente pas, semble se montrer dans les cas de varicelle à symptômes plus accusés. La propension à l'hémorrhagie qui, en se manifestant du côté de la peau, crée le rash purpurique, se traduit par des selles sanglantes, des épistaxis, une hyperémie muqueuse vivement marquée et des phénomènes de collapsus inconnus ordinairement dans la varicelle bénigne.

Il semble que l'on pourrait conclure de l'apparition d'un rash purpurique à la confluence future de l'éruption varicellique qu'il précède. Il dénote une économie sans vigueur, sans résistance, une virulence plus considérable des toxines microbiennes, causes qui toutes deux, donnent au pronostic un aspect plus sombre.

Rash polymorphe. — Le rash polymorphe ne mérite guère une description particulière. Il résulte de la réunion en proportions va-

riables des formes précédemment énumérées qui se localisent au hasard à la surface du corps. Elles peuvent être situées respectivement à de grandes distances, se trouver voisines sur l'abdomen, ou même se pénétrer l'une l'autre, de façon à se défigurer mutuellement sur certains points. Nous pouvons prendre pour exemple de ce genre d'exanthème l'observation de Lorrain que nous avons rappelée plus haut. Sur l'abdomen se développe un rash rubéoloïde dans toute son intensité, tandis que les cuisses sont le siège d'un exanthème scarlatiniforme incontestable.

Ces exemples sont rares, mais leur existence ne doit pas pour cela être mise en doute. Personnellement nous croyons que l'observation de Rostan, à laquelle nous avons déjà fait allusion, était un exemple frappant de ces manifestations cutanées polymorphes. Pour lui, le malade présentait trois pyrexies, qui, subintrantes, évoluaient contemporanément. Nous avons une tendance à supposer que c'était là un rash polymorphe simulant deux fièvres éruptives au cours d'une troisième existant réellement.

DIAGNOSTIC

Il n'est pas indifférent pour un malade en cours de varicelle d'être atteint parallèlement d'une scarlatine, d'une rougeole ou d'un rash les simulant à s'y méprendre. Dans le premier cas, des accidents graves peuvent survenir, et faire regretter amèrement une erreur de diagnostic. Dans le second, l'exanthème est intéressant au point de vue scientifique mais n'engage en rien la vie du malade. Il y a donc urgence à se prononcer devant un enfant porteur d'une éruption datant de la veille, du jour même, à sa phase de début par conséquent, et ne s'accompagnant pas de symptômes satellites pouvant élucider le diagnostic. Eh bien dans ce cas, cette absence de symptômes elle-même, en est un.

Le petit malade depuis quelques jours est mal en train. Sa gaieté a fait place à un recueillement inaccoutumé. Vif d'ordinaire et turbulent, il est calme, tranquille; brusque et emporté, il est devenu morne, étudicé, sans envie, ne désirant que la paix, le repos. Il se désintéresse de ce qui l'entoure. Dans la journée, par hasard, on constatera une température anormale, le soir un léger mouvement fébrile peu accentué. La nuit est faiblement agitée, le sommeil léger, les plaintes inarticulées, multiples, le réveil fré-

quent. Une soif vive tracasse le malade. Sur le matin on ose à peine constater un peu de calme. Enfin l'enfant se réveille et l'on aperçoit une éruption plus ou moins localisée. Des plaques rougeâtres larges et déchiquetées recouvrent le thorax. Leur confluence donne au petit malade un aspect rouge sombre intense. En regardant de près, on constate sur ces plaques rouges un pointillé plus foncé, non saillant, multiple. Le médecin est appelé. Il constate une scarlatine intense se manifestant bruyamment. La température est élevée 39° et 40°, le pouls fréquent, le malade abattu, l'éruption typique. Est-ce bien une scarlatine ? Et nous examinons la gorge de l'enfant dans l'attente d'un exanthème amygdalien intense. Nous voulons voir le voile du palais rouge et congestionné, peut-être déjà la langue « framboisée ». Mais nous ne trouvons rien. Les muqueuses sont normales, leur teinte un peu foncée est tout de même loin de présenter l'inflammation scarlatineuse. Peut-être une légère angine, sans importance, sans gravité, rien de l'angine bruyante de la scarlatine. Pas d'adénite. Notre diagnostic dès lors est ébranlé. Nous cherchons sur la rougeur thoracique à provoquer avec l'ongle la raie scarlatineuse, c'est en vain. Nous refusons définitivement à l'affection le diagnostic de scarlatine, et quand le lendemain nous venons nous rendre compte des progrès de la maladie, l'éruption en disparaissant a confirmé notre diagnostic que nous arrêterons à un rash scarlatiniforme.

Nous venons de retracer en quelques lignes l'histoire du diagnostic du Rash. C'est donc l'absence de phénomènes intenses qui nous permet de conclure au rejet de la scarlatine. Toutefois il serait inexact de croire que la clinique a toujours de pareilles

facilités, et que la conclusion s'impose constamment. Il existe des formes de scarlatines atténuées et de rash exaltés qui souvent laissent l'opinion du praticien en suspens. L'attente n'est heureusement pas de longue durée grâce à la fugacité du rash. Et il arrive souvent que cette brusque disparition est le seul signe sur lequel on puisse édifier un diagnostic ferme. Dans la scarlatine, la durée de la période d'éruption varie entre trois et cinq jours, il est bien rare que le rash ait une tenacité aussi considérable. Dans les cas où l'on observerait cette longévité du rash, c'est donc sur la vigueur des symptômes que doit se baser le diagnostic.

Il existe enfin un dernier signe de différenciation d'une valeur surtout scientifique puisqu'il ne permet de porter sur l'affection qu'une opinion rétrospective. Le scarlatineux vers le huitième jour de son éruption présentera une desquamation typique, ce qui n'existe jamais après le rash varicellique.

Les difficultés ne sont pas moins considérables dans la différenciation de la rougeole d'avec le rash rubéoloïde. Ces éruptions étant identiques, c'est toujours comme précédemment sur les signes généraux ou locaux en dehors de l'éruption que nous édifierons notre diagnostic. Cependant l'élément éruptif dans ce cas peut à lui seul donner une première indication qui a bien son importance. Le rash, le plus habituellement débute par le tronc, la rougeole dans son envahissement atteint d'emblée la face. Il est rare que le rash atteigne une confluence comparable à celle de la rougeole vraie.

La fugacité de l'éruption dans le cas d'exanthème prévaricellique que nous sera ici encore une indication formelle.

Rappelons enfin les caractères de l'invasion morbilleuse. La

fièvre n'ayant rien de bien précis ne peut nous aider sur ce point. Mais ce qui sera pour nous d'un grand secours c'est la particularité que présente la rougeole de frapper à son début les muqueuses. L'énanthème ou catarrhe prémonitoire est un symptôme absolu de rougeole à la période d'invasion. Le petit malade a les conjonctives injectées. Ses yeux chassieux et rouges se ferment à la lumière accusent parfois un certain degré de photophobie. Il se plaint de picotement au niveau des globes oculaires qui demeurent constamment larmoyants. Du côté de la muqueuse nasale les phénomènes ne sont pas moindres. Les éternuements sont répétés, pénibles, la sécrétion nasale abondante, le malade accuse dans les narines un prurit désagréable. Il tousse d'une toux pénible et répétée annonçant la participation de la muqueuse laryngée à l'énanthème buccal. La langue en effet est rouge, le voile du palais tuméfié; à la partie postérieure de la gorge l'énanthème morbillieux est écrit sous forme d'un pointillé rubéoloïde.

Tous ces symptômes nous permettront d'édifier un diagnostic car le rash demeure silencieux du côté de ces diverses manifestations.

L'absence de phénomènes généraux fera également notre diagnostic de rash purpurique. L'apparition au lendemain de l'exanthème de la macule varicellique ramènera dans la bonne voie, le diagnostic qui a pu s'égarer.

La contagion ne doit pas pour nous rester lettre morte, et l'interrogatoire le plus minutieux devra précéder l'examen du malade. Tout contact douteux, toute fréquentation indécise au point de vue pathologique, devra tenir l'attention du praticien en suspens

et introduire dans son observation un nouveau facteur : la dissémination de l'état infectieux par contagion.

Le diagnostic du rash ne comprend pas seulement sa différenciation d'avec les fièvres éruptives qu'il simule. La question est également intéressante de savoir en présence d'un rash, s'il est prééruptif à une varicelle, ou si, au contraire, il se manifeste au cours d'une autre affection.

Un rash ayant apparu, est-on en présence d'une varicelle future ou d'une variole à son début ? La conclusion n'est pas sans importance, puisque de ces deux affections, l'une est bénigne, l'autre, au contraire, est une cause fréquente de léthalité.

Le rash varicellique diffère du rash varioleux par son siège. Dans la varicelle rien de régulier, rien de strictement localisé. On l'observe sur les parois thoraciques, en avant, en arrière, à la racine des membres, aux extrémités, sur l'abdomen. Quoique rarement situé à la face, toutes les parties du corps peuvent être son point d'élection, bien différent en cela de l'exanthème varioleux qui se montre surtout à la partie sous-ombilicale de l'abdomen affectant la forme d'un rash en *caleçon de bain*.

Pour différencier l'exanthème prévaricellique des manifestations cutanées banales qui peuvent le simuler, on aura encore recours à l'interrogatoire du malade ou de son entourage. La nourriture antérieure de l'enfant devra être l'objet d'une recherche minutieuse, pour découvrir dans les substances ingérées la cause de la manifestation cutanée. On devra, avec soin, s'informer des substances médicamenteuses précédemment absorbées par le malade, en se rappelant que dans les érythèmes médicamenteux la détermination fébrile est nulle.

La roséole syphilitique se différenciera du rash par sa durée beaucoup plus considérable, par l'apyrexie complète qui préside à son apparition, par l'absence des phénomènes généraux constatés au début des divers états infectieux.

Citons pour être complets les érythèmes consécutifs à la chaleur, à l'électricité, aux bains de mer, cas dans lesquels c'est toujours sur les renseignements commémoratifs que l'on doit édifier son diagnostic. Enfin on devra procéder à une analyse d'urines pour voir si l'on peut de ce côté là retirer une indication spéciale.

Nous faisons ici allusion à un cas que nous avons nous-même observé dans le service de M. le Dr Moizard. Nous faisons à ce moment des études sur le rash prévaricellique, lorsqu'entra salle Roger, l'enfant qui fait l'objet de notre observation. Elle nous a paru fort intéressante au point de vue du diagnostic et c'est par elle que nous clôturerons notre travail.

Observation IV (Inédite). — Service de M. le Dr Moizard. — Le 7 février 1899 entre au n° 13 de la salle Roger un enfant de 17 mois Julien W...

Les parents n'accusent aucune maladie antérieure de leur part. Antécédents héréditaires et collatéraux sont muets. L'enfant est nourri au sein.

Il y a 1 mois, l'enfant donna des signes de malaise. Inquiet, hargneux ses pleurs étaient continuels. Il se refusait à demeurer couché sur le dos, et ses cris semblaient dénoter une certaine douleur quand on le prenait au niveau de la région lombaire. Quelques jours après cette constatation les parents virent apparaître un œdème considérable aux mains et aux poignets laissant le reste du membre et le tronc libres pour se généraliser sur toute la hauteur du membre inférieur.

L'œdème dure trois jours puis disparaît. L'enfant reprend la liberté absolue de ses mouvements.

Cette scène s'est reproduite à trois ou quatre reprises dans le courant du mois qui a précédé l'entrée de l'enfant à l'hôpital. Les parents inquiets le portent dans le service de M. le Dr Moizard, à l'occasion d'une petite éruption qui a apparu il y a deux ou trois jours.

A son entrée on constate une varicelle.

L'enfant est de plus porteur d'un rash scarlatiniforme caractéristique localisé au thorax, avant et arrière, et aux membres inférieurs.

Un œdème considérable se perçoit au niveau du poignet, et s'arrête brusquement en manchette. Empatement œdémateux au niveau des malléoles.

L'enfant urinant sous lui il est fort difficile de se procurer de l'urine ; toutefois avec la petite quantité qu'à grand peine on a recueillie, on constate des quantités d'albumine. Trop peu de liquide pour la pouvoir doser facilement.

M. Moizard porte le diagnostic de varicelle, de rash scarlatiniforme, mais il n'établit pas entre ces deux phénomènes un lien de cause à effet. Pour lui le rash est dû à une intoxication généralisée du petit malade, ayant son origine au niveau du rein adulteré, intoxication qui se manifeste du côté de la peau par la réaction favorite des surfaces cutanées, l'érythème.

En effet pour confirmer cette opinion de M. Moizard, le rash disparaît d'abord, le surlendemain l'œdème n'existe plus, mais au bout de trois jours alors que la varicelle est presque guérie complètement, nouvelle crise, nouvel œdème des poignets et nouveau rash.

C'est là un exemple de rash scarlatiniforme de nature non pré-varicellique, se manifestant toutefois au cours de la varicelle. Cette observation vient à l'appui des théories que nous avons admises au chapitre de la pathogénie pour expliquer le rash, phénomène cutané dans le cours d'une intoxication de l'organisme.

CONCLUSIONS

I. — Il existe au cours de la varicelle une manifestation exanthématique surajoutée à l'éruption varicellique typique. Cette éruption, ce rash est analogue à celui que l'on observe au cours de différents états infectieux notamment dans la variole.

II. — Le rash phénomène purement névro-vasculaire et consécutif à l'intoxication générale de l'organisme dont il n'est qu'une manifestation localisée.

III. — L'importance pronostique du rash est nulle, attendu qu'on l'observe dans des varicelles bénignes, et qu'il fait ordinairement défaut aux varicelles graves.

IV. — Le rash se présente sous des aspects multiples qui sont dans l'ordre décroissant de fréquence, scarlatinoïde, purpurique, rubéoliforme et polymorphe.

V. — Le diagnostic du Rash repose sur sa fugacité et le défaut d'intensité dans les phénomènes généraux qui l'accompagnent. Sa disparition lève dans les cas difficiles les doutes qu'il aurait pu faire naître. Le malade après son atteinte ne présente pas de desquamation.

OBSERVATIONS

Observation V (Résumée). — Hensch. *Varicelle. Rash scarlatiniforme prévaricellique* (Berlin, *Klin. Woch.*, 1874). — Observation courte, manquant de détails où l'auteur rapporte le cas d'un enfant de 5 ans, chez lequel une éruption varicellique typique a été précédée d'un érythème pré-éruptif. Son observation date de juillet 1873 (station de la Charité, épidémie de varicelle).

Observation VI (Résumée). — Baader. *Rash scarlatiniforme et purpurique au cours de la varicelle*. — (*Correspondenz Blatt für Schweizer Aertze*, 1880). — Baader est appelé auprès d'un enfant dont la famille est inquiétée par une éruption généralisée au visage, au tronc et aux membres. Quelques ecchymoses sous-cutanées, taches purpuriques.

Température 40°2. Pouls 160.

Au bout de peu de temps, éruption varicellique ne s'accompagnant d'aucun accident. La maladie évolue rapidement et la guérison est prompte.

Observation VII (Résumée). — Fleitchmann. *Varicelle accompagnée de rash scarlatiniforme* (*Jarhbl. für Kinderheilk*, 1870). — Le 2 mars 1868, Fleitchmann voit à l'hôpital une fille de 6 ans, sur laquelle il constate immédiatement un érythème diffus, rouge pâle, généralisé à presque toute la surface du corps. La malade présente en plus sur le visage et le thorax quelques vésicules varicelliques en voie d'évolution.

Température élevée.

Puis le rash disparaît laissant ultérieurement se développer une varicelle intense. La guérison est complète après deux semaines de maladie.

Observation VIII. — CEconomon. *In* thèse de Paris, 1888. — Nous avons observé nous-même dans le service de M. Ollivier, un cas remarquable de rash scarlatiniforme.

L'enfant avait eu déjà la scarlatine. On pensa au commencement à une rechute de scarlatine. Mais rien n'est venu confirmer cette manière de voir ; il n'y eut ni angine, ni aucun autre symptôme de la scarlatine et on assista à l'évolution de la varicelle.

Observation IX (Résumée). — Thomas. *Rash scarlatiniforme prévaricellique* (*Arch. von Dermatol.*, 1869). — Félix Schræder, âgé de deux ans et demi, présente le 11 décembre à six heures du soir, une rougeur scarlatiniforme, étendue au visage, au cou, au tronc, aux extrémités, sans rougeur de la gorge. L'enfant a eu une scarlatine un an auparavant. Température rectale le matin, 40°6.

A dix heures du soir l'éruption pâlit, à minuit elle a disparu. A onze heures du soir apparaissent les premières vésicules varicelleuses au dos.

Le 14 décembre, elles se montrent aux extrémités.

Le 15, l'enfant a une pneumonie. Il guérit.

Observation X. — Badan. *Rash scarlatiniforme dans la varicelle* (*Revue Médicale de la Suisse Romane*). — Garçon de 4 ans, ayant eu 6 mois auparavant une scarlatine bien constatée par un médecin avec desquamation consécutive. L'auteur est appelé pour une éruption généralisée formant un pointillé rouge, fin et serré, surtout marqué sur le ventre et à la région antérieure des cuisses. Fièvre nulle, langue saburrale ; aucune angine, mais sur le voile du palais, au-dessus de la luette, une petite ulcération circulaire occupant le sommet d'une bosselure de la muqueuse. Examinant de nouveau la surface cutanée, Badan découvrit sur les tempes une vésicule unique, très petite, de varicelle. Le lendemain l'éruption d'apparence scarlatineuse avait complètement disparu ; mais il était survenu de nombreuses vésicules de varicelle à la face, sur le cuir chevelu et sur le

corps. Aucune desquamation lamelleuse, aucune complication consécutive. Quelques mois plus tard rougeole bénigne.

Observation XI. — Sabathé. — « Je viens de recevoir du Dr Sabathé, médecin à Saint-Branches (Indre-et-Loire), une lettre qui me communique une observation nouvelle de rash scarlatiniforme dans la varicelle.

« Ayant été appelé le 2 juin, écrit-il, auprès d'une fillette d'un an atteinte de broncho-pneumonie, je revins le 4 et je trouvai une amélioration incontestable. Le 6, je constatai un léger saignement de nez, pas d'angine, mais une éruption scarlatiniforme. Au cours de mon examen, je fus surpris de trouver une éruption de varicelle concomitante. Le 8, le rash avait disparu, l'enfant n'avait plus de fièvre, la varicelle évoluait rapidement vers la guérison. J'ajoute que l'enfant était vacciné depuis quelque temps (Galliard). »

Observations XII et XIII (Résumées). — Demme. *Rash scarlatiniforme dans la varicelle* (Wien. Medic. Bløtt., 1892). — Dans son rapport sur les complications de la varicelle qu'il a observées à l'Hôpital des Enfants et à la Polyclinique, Demme rapporte deux cas dans lesquels, en l'espace de 15 jours, il se fit trois éruptions successives de varicelle, séparées par un espace de deux à quatre jours. Un rash scarlatiniforme généralisé à toute la surface cutanée précéda chaque fois la poussée de varicelle. Il y eut même une légère ascension thermique.

Observation XIV. — Stainforth. *Rash scarlatiniforme. Varicelle gangréneuse* (Brit. Med., 1890). — Stainforth lit une observation d'un cas de varicelle gangréneuse chez un enfant de dix-sept mois. L'éruption de la varicelle fut chez lui précédée d'un rash scarlatiniforme 12 heures auparavant. La mère du malade affirma que toute la famille avait eu quatre mois auparavant la fièvre scarlatine et la rougeole. Stainforth pensa que toute la famille avait peut-être une prédisposition au rash scarlatiniforme.

L'éruption fut assez confluyente et régulière jusqu'au sixième jour. Ce jour-là, la plupart des vésicules étaient sèches, converties en une croûte noirâtre adhérente au derme et entourée d'une auréole érythémateuse ; ces

croûtes firent place à autant d'ulcères profonds d'apparence gangréneuse qui mirent plusieurs semaines à se cicatriser.

L'enfant avait été très agité ; le pouls rapide et faible, la température élevée. Il n'y avait ni syphilis ni tuberculose dans la famille, le malade avait été vacciné. D'autres membres de la famille eurent la varicelle exactement quinze jours après l'apparition de ce rash, mais ils guérirent tous en dix jours sans aucune complication.

Observation XV. — Nissim. *Rash dans la varicelle* (*Gazette des hôpitaux*, 1895). — La nommée L... L., âgée de 24 ans, entra le 29 décembre 1893, dans le service de M. le Dr Weill à l'hôpital Rotschild, pour une éruption qu'elle portait sur une grande partie du corps.

Notre malade a eu la rougeole dans son enfance, et une fluxion de poitrine il y a quatre ans. Son père est bien portant, sa mère est morte probablement de tuberculose pulmonaire.

Le 26 décembre. — Sans avoir été en contact avec des enfants porteurs d'une éruption, et sans avoir pris aucun médicament dans ces derniers temps, elle a été prise de fièvre, de coryza, de maux de tête, de reins et de jambes. Elle avait, en même temps, une faiblesse généralisée, des vertiges aussitôt qu'elle se levait, de l'anorexie et des vomissements alimentaires. Deux jours après, la malade remarqua quelques boutons sur les mains.

À son entrée dans le service, la température est normale et la plupart des symptômes de début ont disparu. Un examen superficiel, pratiqué le soir, à la lumière d'une lampe, fait constater quelques boutons acnéiformes sur le dos et sur la face, deux ou trois vésicules contenant un liquide transparent citrin.

Le 30 décembre. — On trouve sur les faces antérieures des jambes et interne des cuisses, de petites papules rougeâtres, grandes comme une grosse tête d'épingle et entourées d'une auréole très légèrement rosée, circulaire, d'un centimètre de diamètre environ et disparaissant sous la pression du doigt.

Sur le ventre et le thorax, on constate un érythème scarlatiniforme, constitué par de larges plaques saillantes, irrégulières ayant une tendance à se réunir par leurs bords, d'une coloration rose avec piqueté plus foncé caractéristique.

L'érythème, légèrement rugueux, si on frôle la peau à son niveau, n'est pas prurigineux, il disparaît sous la pression du doigt qui marque sa place en blanc. Il commence en haut au niveau des aisselles et vient recouvrir la moitié inférieure du thorax et celle des seins ; sous l'abdomen, il s'étale à la partie supérieure et s'arrête à l'ombilic.

Ce rash avait beaucoup diminué au bout de quelques heures et ne se manifestait plus que par une teinte légèrement rosée.

Sur la face on voyait plusieurs vésicules classiques de varicelle, prurigineuses par instants. Rien d'anormal à la bouche ou à la gorge, aucun enanthème, pas d'angine.

Au dos, surtout à la partie supérieure, au milieu d'un grand nombre de boutons d'acné, se voient plusieurs papules caractéristiques de varicelle.

Prurit surtout à la face, aux mains et aux jambes.

Aux poumons, on trouve au sommet des signes nets de tuberculose au début. Rien d'anormal au cœur. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 31 décembre. — Le rash a complètement disparu sans desquamation.

Les vésicules constatées la veille, tendent à se dessécher ; elles se recouvrent de croûtelles noirâtres. Ça et là, exception faite des régions envahies par l'érythème, on trouve quelques rares vésicules nouvelles,

Le 1^{er} janvier 1894. — Pas de nouvelles vésicules ; les anciennes se dessèchent et la malade entre en convalescence. Elle quitta l'hôpital le 15 janvier sans présenter une modification notable des signes de bacilliose au début, qu'elle avait à son entrée.

Observation XVI. — Gillet 1892. — *Varicelle. Rash scarlatiniforme.* — Le samedi 9 avril, la petite Suzanne Cl., âgée de 4 ans se montre mal en train ; elle vomit une fois le soir. La nuit se passe, l'enfant un peu agitée, la peau légèrement chaude au dire des parents.

Le dimanche matin une éruption s'esquisse au visage et s'accroît dans la journée.

Ces boutons « pleins d'eau » se répandent de l'extrémité supérieure au reste du corps.

A l'examen fait mardi matin 12 avril, on constate des vésicules déjà

affaissées, flétries ou croûtelleuses à la face. Ces éléments éruptifs discrets, une dizaine au maximum, sont disséminés sur le front, les joues et derrière l'oreille droite.

Le tronc et le dos en portent aussi un certain nombre, dont quelques-unes de date récente, régulièrement hémisphériques, pleines de liquide transparent, quelques-unes oblongues, d'un diamètre maximum moyen de trois millimètres environ, entourées d'une rougeur à forme irrégulière et confondue avec la légère saillie qui sert de base à la vésico-bulbe.

Sur la face interne de la grande lèvre droite, érosion arrondie, avec débris épidermiques, rougeur de la vulve avec légère sécrétion muqueuse.

A mesure qu'on s'éloigne du tronc, les vésicules se font rares. Il n'en existe aucune à partir des mollets.

Le bord du voile du palais, les amygdales, sont un peu rouges, mais aucune trace d'éruption dans la cavité buccale. Langue un peu blanche. Rien au cœur ni aux poumons. Pas de fièvre. Le diagnostic ne faisait aucun doute, il s'agissait d'une varicelle, on peut même dire d'une varicelle discrète sans rien de bien remarquable. Comme renseignements supplémentaires, ajoutons que l'enfant n'a eu ni rougeole, ni scarlatine ; elle jouit d'une bonne santé habituelle, elle a bonne mine et bon aspect général. Un peu sujette à de petits rhumes, elle a fait au mois de novembre de l'année dernière une grippe avec pneumonie du sommet droit au cours de laquelle elle a présenté une albuminurie légère, mais peu persistante. Tout était remis dans l'ordre depuis. C'est donc en pleine santé qu'elle vient d'être atteinte.

Du côté des parents, pas de maladie ; la grand-mère maternelle est cardiaque (insuffisance mitrale).

Tout semblait devoir évoluer sans incident, lorsque le lendemain, mercredi matin, les parents s'aperçoivent au réveil, que l'enfant a la figure rouge, légèrement boursouflée, et que toute la surface cutanée est rouge. Cependant la nuit s'est bien passée et, outre la rougeur, aucun autre symptôme à noter : l'enfant gaie, ne demande qu'à jouer. Les parents n'en sont pas moins inquiets.

A l'examen qui a lieu l'après-midi, l'enfant paraît en effet tout enluminée, le coloris naturel des joues a haussé de ton, la surface cutanée tout entière présente, non plus la rougeur vue le matin, mais une simple roseur

presque uniforme, peu granitée, avec accentuation de la teinte vers les mains, les poignets et les cuisses, sans former une efflorescence absolument unie, le piqueté n'apparaît pas manifestement, même lorsqu'on avive l'érythème par friction. Son premier effet est de produire des taches blanches dont la pâleur fait bien ressortir la coloration des téguments.

L'idée de la scarlatine avait immédiatement hanté les parents. Il fallait les rassurer : si les fièvres éruptives peuvent se greffer l'une sur l'autre, ce n'était pas le cas ici. Il ne pouvait s'agir de scarlatine parce qu'il n'y avait pas ombre de manifestations gutturales, et que plus tard, il n'y aura pas ombre de desquamation.

En même temps que cette efflorescence, s'était effectuée une poussée de vésicules de varicelle vers l'aîne, et un groupe tout récent, à liquide citrin, à la face interne du bord antérieur du creux axillaire.

Notre petit malade se porte à merveille aujourd'hui et sa varicelle s'est terminée d'une façon bénigne, sans aucune complication, sans aucun incident autre que l'apparition, l'évolution rapide et la disparition complète de ce rash scarlatiniforme.

Observation XVII. — Alezaïs. (*Marseille médical*, 1886). *Rash scarlatiniforme. Varicelle.* — Il s'agit d'une petite fille de 7 mois dont l'allaitement avait été jusque-là des plus difficiles. Prématurément sevrée au mois d'août, par suite de la disparition du lait maternel, on l'avait mise au biberon qui ne tarda pas à provoquer, au milieu des chaleurs que nous traversions, des troubles intestinaux graves et prolongés.

Elle commençait à peine à se relever, conservant de cette rude secousse une maigreur et une pâleur extrêmes, quand le 26 octobre au soir, elle fut prise d'une fièvre légère. Le 27 apparurent de petites taches rouges sur le tronc qui ne tardèrent pas à être réunies par une rougeur diffuse des téguments. La peau du tronc, de la nuque, de la face antérieure des cuisses présentait un fond rouge vif, diffus, parsemé d'un piqueté plus foncé.

Je crus à une scarlatine. Le lendemain matin 28, l'éruption avait pâli mais restait encore visible. Dans la soirée nouvelle éruption sur le tronc la figure, les membres, de macules rouges, disparaissant à la pression, qui, le lendemain avaient déjà donné lieu en certains points à des vésicules. Au bout de quelques heures, plusieurs de ces vésicules étaient troubles, d'au-

tres se desséchaient. On en trouvait cependant de caractéristiques : ampoules rondes, remplies d'un liquide clair, à peine entourées d'un liseré rouge reposant directement sur la peau blanche.

L'état général était satisfaisant et ne fut pas troublé par l'évolution de nouvelles bulles qui évoluèrent avec la même rapidité à côté des anciennes déjà recouvertes de croûtes.

Les suites furent très simples, les croûtes se détachèrent peu à peu sans qu'il y ait la moindre trace de desquamation.

A titre de renseignement complémentaire, je dois ajouter que la sœur aînée de la petite malade fréquentait une pension où plusieurs élèves avaient eu la varicelle ; qu'elle même treize jours avant, c'est-à-dire le 12 octobre, avait eu presque sans fièvre, une éruption discrète de vésicules claires, arrondies, qui se desséchèrent rapidement.

Le diagnostic varicelle, qu'il est quelquefois difficile d'établir avec la variole, ne me semble pas contestable, en raison de l'existence d'une cause pré cise de contamination, la varicelle de la sœur aînée, qui a coïncidé avec la durée de l'incubation chez la sœur cadette, en raison des caractères de l'éruption formée de vésicules claires, arrondies reposant sur la peau saine surtout en raison de son évolution rapide par poussées successives.

D'autre part, le rash scarlatiniforme a été très intense, d'autant plus net qu'il se produisait sur un enfant dont le tégument était habituellement très pâle.

Observation XVIII. — Lorrain. (*Annales de médecine*, 1894). *Varicelle. Rash scarlatiniforme.* — Nous avons eu l'occasion d'observer récemment dans le service de notre maître. M. le professeur G. Sée, un cas de varicelle accompagné de rash scarlatiniforme et roséoliforme.

Les cas de rash dans la varicelle sont rares : aussi avons-nous jugé notre cas intéressant à être publié.

Voici l'histoire de notre malade :

Le nommé B..., âgé de 19 ans, corroyeur, entre le 27 mars 1894 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, n° 38, pour une éruption qu'il porte sur le corps.

Le samedi 24 (il y a donc 3 jours) en se levant, le malade s'est senti mal

à l'aise, courbaturé. Il a ressenti des frissons, a eu un peu de diarrhée et a dû cesser son travail.

Quelques heures après, il s'est aperçu qu'il avait des rougeurs sur les bras.

Le lendemain 25, des éléments éruptifs papuleux sont apparus sur la figure.

Le 26, les rougeurs se sont étendues aux cuisses et à l'abdomen.

Le malade était très courbaturé, il a eu de la rachialgie, des maux de tête. Pas de sommeil, un peu d'agitation nocturne, soif vive, anorexie complète. En même temps, le malade ressentait un léger mal de gorge et de la douleur à la déglutition. Le premier jour il a eu des vomissements alimentaires ; la constipation a succédé à la diarrhée du premier jour.

La température le 27 au soir est de 38°2.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé.

Il ne se rappelle avoir eu aucune fièvre éruptive.

Il a été vacciné avec succès étant jeune.

Etant enfant il a eu le faux croup.

Pas de syphilis. Il n'a vu ces jours-ci, personne présentant des boutons sur le corps. Il n'a pris aucun médicament.

Le 28 mars, à l'examen du malade, voici ce que l'on peut constater :

Sur la figure, disséminées sur le front, le cuir chevelu, le nez, les joues et le menton, il existe de petites vésicules de la taille d'un grain de mil, reposant sur une macule de coloration rouge. Les vésicules sont remplies d'un liquide citrin transparent. Elles forment une légère élevation sur un fond coloré.

Les dimensions de chaque macule sont celles d'une pièce de vingt centimes en argent.

Il y a environ une quinzaine de vésicules sur la figure dont six ou sept sur le front.

Sur les avant-bras, depuis le coude jusqu'au poignet, et principalement à la partie antérieure du membre, on constate un érythème formé de larges plaques à contours irréguliers, séparées par des espaces de peau saine et d'une coloration rosée tirant sur le rouge. Il faut remarquer que l'intensité de cet érythème est très variable ; par moment très intense, il tend

quelques heures après, à s'effacer pour reprendre ensuite une coloration plus foncée.

Sur la partie antérieure du tronc on constate un érythème qui se rapproche du précédent, mais de coloration plus atténuée. Nous ne saurions mieux le comparer qu'à la roséole syphilitique, et c'est l'impression première que le malade avait produite lorsqu'il s'était présenté à la consultation.

Sur l'abdomen et sur les cuisses, il existe un véritable rash scarlatini-forme. Le ventre, les cuisses présentent une coloration rouge vineux, sans intervalle de peau saine, avec piqueté plus foncé par places.

La main appliquée sur l'abdomen laisse son empreinte en blanc. Le rash diminue insensiblement jusque vers la partie moyenne de la jambe.

Dans le dos, l'éruption est moins marquée.

Entre les deux épaules on constate de l'acné ancienne.

A son entrée à l'hôpital, le malade se plaint d'une courbature généralisée, sans douleurs articulaires cependant, et d'insomnie. La langue est saburrale, l'haleine est fétide. Il y a de la stomatite, mais le malade a des dents très mal soignées. La soif est vive, il y a de la constipation.

A l'examen de la gorge on constate une rougeur limitée en avant au pilier antérieur du voile du palais. Sur la luette on voit une petite ulcération.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Urines d'apparence normale, ni sucre, ni albumine.

Le 28, la température est de 37°8 le matin, de 38° le soir.

29 mars. — Le rash a presque disparu complètement.

La peau du ventre et des cuisses est normale. Au niveau des avant-bras, c'est à peine si l'on retrouve les traces presque effacées de l'érythème.

A la face les vésicules deviennent opaques; quelques-unes se recouvrent déjà d'une croûte.

De nouvelles vésicules sont apparues aux épaules. On en voit encore une au niveau de l'appendice xyphoïde et une sur la partie interne de la cuisse droite.

La gorge est moins rouge quoique le malade prétende en souffrir davantage.

La langue est nette. Le malade a beaucoup transpiré durant la nuit.

31 mars. — Les vésicules sont croûteuses. La zone rosée qu'elles entouraient a disparu. Plus de fièvre. Urines abondantes. Plus de deux litres).

Observation XIX. — Alméras 1862. *Erythème scarlatiniforme dans la varicelle.* — Au n° 19 salle Saint Bernard est couchée une malade âgée de 16 ans, non encore réglée, habituellement bien portante, ayant été vaccinée.

Le samedi 5 juin 1847 elle travaillait comme d'habitude, le lendemain elle éprouve des maux de reins, de gorge, des élancements douloureux dans l'oreille, de la céphalalgie, de la fièvre. Elle dine légèrement, se couche et ne peut dormir; elle éprouve des frissons et par moments une forte chaleur, et voit se former sur ses bras de grosses gouttes de sueur. La nuit suivante, les maux de reins et de gorge diminuent; la langue est blanche au centre, rouge à la circonférence; elle éprouve des vomissements de bile; la fièvre est modérée, le facies normal; la malade parle sans fatigue et montre même de la gaieté.

Le 8. — Apparaît sur la poitrine au-dessous des seins, une éruption formée de petits points nombreux, peu élevés, inégaux en grandeur et en rougeur, sans disposition régulière, sans élévation de l'épiderme; ces rougeurs se rapprochent, se confondent, et donnent à tout l'abdomen une teinte uniformément rouge, teinte qui se continue aux cuisses, dans le quart supérieur et interne, où elle se termine brusquement.

On rencontre au bras droit quelques saillies de même apparence et aux deux coudes une teinte rouge.

La malade ne ressent aucune douleur dans les points qui sont le siège de l'éruption, et elle ne s'aperçoit même de sa présence que sur mon indication.

La nuit suivante la fièvre diminue; la céphalalgie, l'insomnie se dissipent.

Le 9. — La teinte rouge a fait un peu de progrès sur les cuisses. Le bras droit, au lieu de rougeurs disséminées et pâles, offre une rougeur continue dans le tiers supérieur de la face externe, rougeur d'une teinte écarlate, comme celle de la région sous-mammaire; sur l'épaule, on trouve

deux points rouges isolés, deux autres à la partie postérieure du cou, et quelques teintes rouges disséminées et peu apparentes sur le dos.

Le 10. — L'état général est satisfaisant. Toutes les teintes rouges qui ont été signalées hier ont disparu ; on trouve seulement une teinte affaiblie au tiers supérieur des cuisses ; l'abdomen offre une teinte brune, la région thoracique est presque normale.

Le 11. — La malade éprouve un mal de gorge assez vif ; la région qui est le siège de la douleur est rouge.

Au dessus de la mamelle droite est un bouton saillant, au centre un liquide purulent soulève l'épiderme ; autour de ce point central une rougeur qui va en diminuant à mesure qu'elle descend, et se termine à une circonférence dentelée dont le diamètre a environ 1 centimètre. D'autres boutons se remarquent sur divers points ; un seul offre tous les caractères de la pustule de la petite vérole, les autres sont ceux de la varicelle.

Les pustules des jambes conservent encore le 14 juin leur forme et leur couleur ; les autres sont sèches, la plupart ont été déchirées ; il reste une croûte formée par les débris de l'épiderme et la concrétion de quelques liquides épanchés.

La malade accuse le 17, quelques démangeaisons aux bras qui persistent d'une manière continue durant cinq jours ; elle sort en parfaite santé le 25 juin.

Observation XX. — Chauffard. *Société médicale des hôpitaux*, 1891
Varicelle avec rash scarlatiniforme. — Henri B..., âgé de 3 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, n° 3, salle Saint-Louis.

Vient d'avoir la rougeole, terminée quinze jours auparavant ; est actuellement malade depuis deux jours. Le 2, jour de l'entrée, éruption varicelleuse typique, de larges vésicules cristallines, disséminées sur le cou, les épaules, la face, le ventre et le dos, léger état saburral.

Température matin 38°, soir 39°.

Le 3. — Au matin, même état, température 37°,7, mais à la visite du soir, je trouve l'enfant plus fiévreux que la veille 39°,2, et je constate une nouvelle éruption toute différente de la première, granitée, d'un rouge vif, absolument scarlatiniforme et occupant le tronc, le ventre et les membres. Les vésicules varicelleuses de la face sont devenues opalescentes. Je crois

à la coïncidence de deux fièvres éruptives, et je présente le lendemain le malade comme faisant une scarlatine au cours d'une varicelle ; mais M. Archambault me fait remarquer qu'il n'y a pas d'angine, qu'il n'y a pas eu de vomissements initiaux, que l'éruption scarlatiniforme a déjà diminué. Il conclut à un rash survenu au troisième jour d'une varicelle.

Ce jour-là, le 4, les vésicules les plus anciennes suppurent et s'ombiliquent ; d'autres, plus jeunes, sont à leur maximum de développement.

Température matin : 38°, soir : 37°,6.

Le 5. — La fièvre est définitivement tombée et le rash a complètement disparu. Les vésicules de la face sont franchement opaques et ombiliquées. Les jours suivants, dessiccation cornée de l'éruption varicelleuse. Guérison régulière ; pas de desquamation.

Observation XXI. — *Idem.* — *Ibidem.* — *Varicelle et rash scarlatiniforme.* — Emile L..., âgé de deux ans, entre le 9 novembre 1879, salle Saint-Louis, lit n° 1. Cet enfant est malade depuis déjà quatre jours et a présenté de la fièvre sans vomissements. Actuellement, il est en pleine poussée de varicelle, et présente des vésicules assez nombreuses, à tous les degrés de leur évolution, disséminées sur le dos, la partie supérieure du thorax, et quelques-unes sur la figure mais de plus, une éruption d'un rouge vif, piquetée et simulant absolument la scarlatine, occupe le dos, la moitié supérieure du thorax, le bas-ventre, les membres inférieurs. Pas de fièvre, pas d'angine.

A noter que sur les parties envahies par le rash, la pression linéaire de l'ongle ne provoque pas l'apparition de la raie blanche scarlatineuse. L'absence des renseignements ne nous permet pas de savoir quand est apparue cette éruption secondaire.

Dès le lendemain le rash pâlit et s'efface le jour suivant, toujours sans réaction fébrile. La varicelle évolue régulièrement. Pas de desquamation ultérieure.

Observation XXII. — Galliard (*Société Médicale des hôpitaux*, 1891). *Varicelle. Rash scarlatin.* — Garçon de 17 mois 1/2 né d'un père arthritique et d'une mère dyspeptique, vacciné avec succès à l'âge de 5 mois.

bien portant, sans autre chose à signaler qu'une dentition tardive. Son frère âgé de 5 ans ayant été atteint de varicelle le 4 mars 1891, les parents ne sont pas surpris de constater chez lui le 21 mars, l'éruption prévue et attendue de bulles varicelleuses, d'abord au cuir chevelu, puis à la face et au tronc, en même temps qu'un peu de fièvre et des signes d'embarras gastrique léger. Ils sont bien résolus à soigner l'enfant sans le secours du médecin lorsque survient un incident qui modifie leurs dispositions, c'est l'apparition d'une rougeur qui, débutant sur le cou le 22 mars au matin, couvre dans la journée la totalité du tronc.

Appelé par eux, j'arrive vers 6 heures du soir et je constate une éruption qui rappelle par tous ses caractères, l'exanthème de la scarlatine ; rouge, vive, diffuse, uniforme, du cou, de la poitrine, du dos et de l'abdomen. Aux limites de cette éruption, c'est-à-dire au cou et aux aines, je note, en regardant de près un pointillé caractéristique. Rien à la face, sinon la rougeur vulgaire des fébricitants ; rien aux membres supérieurs, rien aux membres inférieurs. Pas d'engorgement ganglionnaire. J'examine immédiatement la gorge qui n'offre qu'une teinte rougeâtre ; il n'y a pas d'angine pultacée et je puis déclarer par conséquent à la famille un peu troublée par ces manifestations inattendues, qu'il ne s'agit pas là d'une scarlatine, que nous avons sous les yeux un rash (c'est la première fois que le phénomène s'offre à moi) se rapportant à la varicelle. Ce n'est certainement ni une roséole ni une éruption médicamenteuse, l'enfant n'ayant pris aucun médicament.

Le diagnostic est singulièrement facile, car les vésicules varicelleuses existent déjà, en petit nombre, il est vrai, mais avec une netteté incontestable, chez mon petit client. J'en trouve plusieurs au cuir chevelu, trois seulement à la face, cinq ou six au tronc. Ces dernières visibles spécialement au ventre et au dos, c'est-à-dire en plein rash, sont entourées d'un cercle livide qui tranche sur la rougeur de l'exanthème scarlatiniforme.

La peau est chaude ; il y a une fièvre vive, 132 pulsations. Je ne puis indiquer la température n'ayant pas de thermomètre sous la main. La langue est sale. L'enfant qui dort mal d'habitude, a été fort agité la nuit dernière ; il est abattu et pleure dès qu'on s'approche de lui.

J'annonce que le rash va disparaître incessamment et je rassure la famille sur l'évolution probable de cette varicelle. Pas de traitement à indiquer.

Dès le lendemain, en effet, l'exanthème scarlatiniforme disparaît d'une façon complète; la fièvre cesse, la langue se nettoie. Les bulles qui ont précédé cet exanthème se dessèchent bientôt. Chose curieuse on en cherche vainement les jours suivants de nouvelles; il ne survient aucune de ces poussées successives que l'on observe communément dans la petite vérole volante. Il semble que toute l'énergie de l'éruption varicelleuse se soit épuisée dans cet effort suprême, dans ce rash qui a joué en quelque sorte le rôle de phénomène critique.

L'enfant guérit rapidement sans complications. Je l'examine plusieurs fois au point de vue d'une desquamation possible, mais je ne trouve rien et les recherches des parents restent également infructueuses. Il conserve une petite cicatrice au front, vestige unique de la varicelle.

Observation XXIII. — Charmoy, 1890. — *Varicelle. Rash.* — G... Auguste, entre le 15 avril, salle Blache. Revient de la campagne. N'a jamais eu la rougeole. Il est l'unique enfant d'une mère bien portante qui l'a élevé au sein jusqu'à l'âge de 4 mois. Elle l'a alors confié à une nourrice qui vient de le lui rendre. Il a eu très souvent la diarrhée et toussait fréquemment.

Etat actuel. — Ventre ballonné, non douloureux à la pression; chaque jour, 5 à 6 selles diarrhéiques. Refuse de manger; ne boit que du lait. Ne sort pas, tousse fréquemment. Broncho-pneumonie. Amélioration à partir du 22 avril.

7 mai. — Retour de la fièvre : 38°,4 le matin, 39°,4 le soir.

Apparition d'une éruption bulleuse sur le ventre, le thorax et dans le dos. Elle est tout à fait discrète sur les membres. Une aréole rosée entoure les plus grosses bulles. On diagnostique la varicelle (Il y avait eu deux cas à quelques lits de distance).

10-12 mai. — Apparition d'un rash scarlatiniforme généralisé sur tout le corps. Surtout intense à la face interne des cuisses; il dure 24 heures. L'enfant tousse, reste abattu; les selles commencent à devenir vertes. Température 38°.

12-15 mai. — La plupart des bulles se sont affaissées laissant pour toute trace des taches rouges comme celles produites par un vésicatoire imparfaitement desséché; il en existe d'autres dont le contenu d'abord clair,

puis opalescent, est devenu sanguinolent ; quelques vésicules, crevées à l'aide d'une épingle par une fille de service, présentent le même aspect hémorrhagique ; en se desséchant les unes et les autres laissent des croûtes noires, d'aspect gangréneux et réparties de la façon suivante :

A la face postérieure du tronc, deux ou trois plaques gangréneuses, dont l'une mesure un centimètre de diamètre ; une sur la cuisse droite, deux ou trois à la face interne du genou correspondant. Sur la cuisse gauche, une large ulcération noire, d'un centimètre $1/2$ de diamètre ; trois ou quatre autres plus petites autour du genou gauche ; une autre plus importante siège à la saignée du bras droit ; enfin le poignet gauche en présente une à sa face palmaire.

L'abdomen et la poitrine n'en comptent que cinq petites, les jambes, les pieds et les mains n'en offrent pas. Sur la face, il y en a 3 ou 4. Au niveau du pariétal droit se forme un abcès qu'on ouvre et qui guérit sans complication. Température 39° . L'enfant reste abattu, la diarrhée augmente et de nouvelles bulles deviennent gangréneuses.

Traitement. — Antisepsie locale. Toniques.

16 au 20 mai. — Le sillon éliminatoire se dessine tardivement ceignant l'escharre noire et humide.

23 mai. — Les petites escharres se sont détachées les premières, puis les plus larges. Il en résulte des ulcérations profondes de 7 à 8 millimètres, taillées à l'emporte-pièce ; leur fond est baigné d'un pus jaunâtre et leurs bords tapissés d'une sorte de mince membrane couenneuse. La diarrhée résiste au bismuth et au laudanum.

L'enfant est devenu triste et continue de tousser.

25-30 mai. — Etat général devient meilleur ; les plaies prennent un meilleur aspect, commencent à bourgeonner (on a remplacé le collodion iodoformé par des pansements humides au sublimé).

L'escharre du dos se détache ; suppuration abondante. Amélioration rapide. Huit jours après, les dernières ulcérations sont en voie de guérison. Elles laissent à leur place une cicatrice rosée, ronde ou ovale avec une dépression centrale recouverte par une croûte fendillée.

Le 12 juin. — L'état général est excellent et le malade considéré comme guéri.

Observation XXIV. — De Bourdineau 1895. *Varicelle. Rash scarlatini-forme.* — P... Victor, âgé de 5 ans, entre le 4 octobre à l'hôpital Trousseau salle Archambault n. 20. Ses parents se portent bien, ils ont eu 5 enfants dont un mourut à sa naissance. Les quatre autres sont bien portants actuellement et n'ont eu dans le passé que des indispositions passagères et auxquelles les parents n'ont attaché aucune importance.

Il a été élevé au sein jusqu'à l'âge de 10 mois, et ensuite, en partie au biberon, en partie avec des potages et des œufs que l'enfant a toujours bien digérés

Depuis sa naissance il tousse assez fréquemment. A six mois en particulier il a eu une bronchite grave. A 3 ans, alors qu'il était à la campagne chez une tante, il a eu en même temps que les enfants de celle-ci, une rougeole, bénigne d'ailleurs et qui s'est rapidement terminée par la guérison. Il est resté à la campagne jusqu'à complète guérison et n'est revenu à Paris que quelques semaines après. Il n'a contagionné aucun membre de sa famille.

Depuis trois semaines, cet enfant a perdu le sommeil, disent les parents ou plutôt il a un sommeil fréquemment interrompu. Il vomit souvent et pourtant son appétit persiste, il mange autant que par le passé.

Depuis quelques jours il a commencé à tousser. La toux est quinteuse, mais sans reprise sonore sans vomissements ; elle n'a aucun caractère de la quinte de la coqueluche.

Le 6 octobre. — Depuis son entrée l'enfant est dans un état très pénible. La toux est fréquente, quinteuse. La respiration est plaintive et très accélérée, puisque l'enfant fait 36 mouvements respiratoires par minute.

L'examen du thorax montre en arrière, à la percussion, de la submatité dans les deux tiers supérieurs du poumon gauche. Dans cette zone mate, les vibrations thoraciques sont conservées, peut-être même légèrement exagérées. A l'auscultation on entend des souffles tubaires, des râles sous-crépitaux.

Le retentissement de la toux et celui de la plainte sont exagérés.

Dans le reste de l'étendue des poumons, on entend des râles ronflants et sibilants. Les battements du cœur sont fréquents (P. 120).

L'auscultation du cœur est difficile à cause de la dyspnée. Nous ne trou-

vons rien d'anormal de ce côté. La langue est un peu saburrale, la gorge saine ; l'abdomen est souple, pas de diarrhée ni de constipation.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 9 octobre. — La toux reste intense, fréquente. Les phénomènes notés dans la moitié gauche du thorax ne sont pas modifiés.

Le 15 octobre. — La matité a considérablement diminué au sommet gauche. La toux est moins fréquente et beaucoup moins pénible. A l'auscultation, le souffle ne persiste plus qu'en un point très limité au voisinage de l'épine de l'omoplate. La température qui le soir s'était élevée jusqu'à 39°6, descend depuis deux jours et le soir est voisine de la normale : 37°8 dans le rectum.

Le 20 octobre. — L'enfant est en convalescence. Les traitements : sinapismes, Todd, acétate d'ammoniaque sont supprimés, il ne prend plus que du lait. Les symptômes stéthoscopiques sont très diminués, il ne reste plus que quelques gros râles muqueux disséminés.

Le 22 octobre. — Hier dans la soirée l'enfant s'est de nouveau trouvé souffrant, il n'a voulu prendre aucun aliment ; la température s'est de nouveau élevée au-dessus de la normale (38°5). Ce matin elle est à 38°7 dans le rectum. En recherchant la cause de cette élévation de température, nous constatons sur une grande partie de la surface du corps une éruption peu considérable, constituée essentiellement par une rougeur diffuse qui existe avec son maximum de netteté au devant des aisselles, sur l'abdomen et dans les régions lombaires et inguinales. Cette éruption n'avait pas été remarquée hier soir, et très vraisemblablement est apparue dans la nuit.

La gorge présente un aspect absolument normal ; il n'y a pas de rougeur, pas de dépôt pultacé. L'enfant avale avec la plus grande facilité et ne se plaint nullement du pharynx.

L'absence d'angine ne permet pas de porter dans ce cas le diagnostic de scarlatine.

Le 23 octobre. — L'éruption rouge présente les caractères suivants : elle se présente avec la même intensité sans qu'il y ait augmentation ni diminution, mais ses caractères ont un peu changé.

Au lieu d'une coloration uniformément et légèrement rouge, disparaissant sous la pression du doigt, nous remarquons qu'elle présente aujourd'hui un aspect légèrement granité. Cet aspect est dû à ce que sur le fond rouge

pâle se dessine un pointillé plus foncé, analogue à la scarlatine. Ces points plus foncés ont une coloration légèrement violacée. Ils disparaissent d'une manière incomplète sous la pression du doigt, contrairement à la rougeur des parties voisines qui disparaît complètement.

L'état général de l'enfant est assez sérieux. La température était 39°,8 hier soir, 38°,5 ce matin. La langue est blanche, recouverte d'un enduit saburral, la gorge est normale; l'anorexie est complète. Dans la matinée, l'enfant a eu un vomissement et deux selles diarrhéiques. L'abdomen est souple, non douloureux.

La toux a à peu près complètement disparu. La respiration n'est pas fréquente (25 par minute).

En examinant avec soin l'enfant, nous constatons aujourd'hui sur le cou et la partie supérieure du thorax, quelques vésicules, du volume d'un grain de millet, reposant les unes sur une aréole érythémateuse, d'autres sur la peau saine. Elles sont remplies d'un liquide clair et transparent. Sur le reste du corps, nous ne voyons aucune trace de nouvelle éruption.

Le 24 octobre. — La coloration rouge des téguments a complètement disparu : la peau a repris sa coloration normale, elle ne montre plus aucune décoloration à la pression du doigt. C'est à peine si en quelques points on aperçoit, mais bien peu appréciable, un petit piqueté rougeâtre.

De nouvelles vésico-bulles sont apparues. Les premières ont grandi : leur volume varie aujourd'hui entre celui d'un grain de mil et celui d'une lentille. Elles existent sur la partie supérieure du tronc, sur le cou ; quelques-unes apparaissent au visage. Leurs caractères sont ceux des bulles de la varicelle. La plupart ont l'aspect de belles perles ; l'épiderme à leur surface est tendu, brillant, leur contenu est clair et transparent. Elles ne sont pas ombiliquées. Quelques-unes reposent immédiatement sur les tissus sains, les autres sont entourées d'une mince aréole érythémateuse.

Le 25 octobre. — Du rash scarlatinoïforme, il ne reste plus aucun vestige ; le pointillé qui persistait hier encore a complètement disparu. Pas de desquamation.

L'état général de l'enfant s'améliore bien que de nouvelles poussées éruptives se produisent. La température hier soir était 37°,4. La langue se déterge, l'appétit renaît et l'enfant reprend sa gaieté accoutumée.

Les bulles de varicelle sont assez nombreuses ; elles sont disséminées

Sur tout le corps au nombre d'une centaine environ. Les premières apparues sont maintenant troubles, opaques, ridées et en voie de dessiccation. Quelques-unes sont transformées en croûtes brunâtres, hémorrhagiques ce qui est dû à ce que l'enfant s'est gratté en ces points. Pas de desquamation.

1^{er} novembre. — L'enfant est en voie de guérison. Il ne lui reste plus que quelques croûtes à peine adhérentes et en voie d'élimination. On n'a constaté malgré toutes les recherches aucune desquamation.

Il n'y a jamais eu d'albumine dans l'urine.

Observation XXV. — De Lannoise 1896. *Varicelle. Rash scorlatini-forme.* — B..., 2 ans vient le 24 juin 1896 à l'hôpital des Enfants-Malades dans l'après-midi.

Les parents disent qu'il a la scarlatine. L'interna de garde examine l'enfant qui a en effet la rougeur scorlatineuse sur tout le corps sauf à la face. Comme il ne trouve pas d'angine et que la température semble peu élevée il l'envoie au pavillon des douteux.

Le lendemain on constate une éruption de varicelle commençante et on voit le rash qui s'efface. On renvoie l'enfant dans un service de médecine générale (salle Blache) et on constate l'éruption sur la peau en même temps qu'une éruption inséable sur la muqueuse linguale, les lèvres et les joues. Rien sur les amygdales et le pharynx. Le rash a disparu.

A son arrivée dans la salle l'enfant avait 39°.

Le 27 au soir la température baisse.

Le 28 et jours suivants signes de bronchite généralisée avec température de 37°9 à 38.

Le 4 juillet l'état est toujours mauvais.

Observation XXVI. — *Idem. Ibidem. Rash scorlatini-forme prééruptif.* — A..., 1 an. entre le 16 janvier 1896 dans le service du Dr Simon salle Blache, n. 28.

L'enfant est amené à l'hôpital pour sa toux continuelle depuis 15 jours, un peu de diarrhée et quelques vomissements.

Bien que n'ayant aucun antécédent du côté de sa famille, le petit malade

est considéré comme tuberculeux. Il a des râles de bronchite disséminés dans toute la poitrine ; les sommets sont légèrement soufflants.

La température a de très grandes oscillations. Cet état pulmonaire cesse vers le 1^{er} février ; l'enfant avait engraisé, la poitrine ne présentait plus que quelques râles et on se disposait à l'envoyer à la campagne.

7 février. — L'enfant a été grognon et n'a pas mangé. La constipation ne cède pas à un lavement.

Le 8. — T. 38°. L'infirmière chargée de cet enfant fait remarquer qu'il doit avoir la scarlatine. Il présente en effet sur tous les membres inférieurs et le tronc jusqu'au niveau des mamelons, une éruption d'un rouge uniforme avec un fin pointillé simulant absolument la scarlatine. Le pouls est à 120.

M. Simon examine l'enfant et étant donné le peu d'élévation de la température, l'absence totale de rougeur dans la gorge et l'arrêt brusque de l'exanthème aussi bien en avant qu'en arrière à hauteur de la moitié du thorax, réserve son diagnostic jusqu'au lendemain tout en affirmant que ce n'est pas une scarlatine.

L'enfant n'avait pas d'albumine dans les urines, n'avait rien pris comme médicament ou aliment qui ait pu produire cette éruption. Le soir à la contre-visite la température est de 40.5 mais l'éruption toujours stationnaire. On ne note rien de particulier si ce n'est un abattement extrême et de la stupeur.

Le 9. — La température tombe à 38.5. L'enfant est moins abattu ; l'érythème persiste, mais on voit des vésicules claires de varicelle, extrêmement nombreuses sur la verge et dans la région inguinale. Le dos et la région lombaire en présentent un moins grand nombre. Quelques-unes se remarquent sur la poitrine et le visage. La gorge est absolument saine et ne présente aucune rougeur. Poumon sain.

Le 10. — L'enfant a beaucoup toussé pendant la nuit il présente une bronchite généralisée. L'érythème scarlatiniforme s'est maintenu toute la journée et disparaît le soir.

Les vésicules sont en voie de dessiccation.

Le 11. — L'enfant présente deux à trois vésicules suppurées dans la région temporale du côté gauche.

Le 12. — L'inflammation de la peau autour de ces vésicules prend une teinte érysipélateuse. L'œil se ferme.

Le 13. — La rougeur disparaît. Il ne reste plus qu'un point rouge, large comme une pièce de 5 francs, au niveau de la fosse temporale.

Le 14. — T. 38°. L'enfant est en très bon état, les vésicules ont disparu.

Le 18. — Il se forme un abcès au niveau de la fosse temporale, peau rouge, pas de fluctuation.

Le 19. — Incision de l'abcès.

Le 20. — A côté du premier abcès, il s'en forme un second sous-aponévrotique. On fait passer l'enfant en chirurgie.

Observation XXVII. — Andéoud. In *Archives de Médecine des Enfants*, 1898. *Rash scarlatiniforme prééruptif de la varicelle.* — Garçon de 2 ans 1/2. Vacciné. Bonne santé habituelle. N'a jamais eu de fièvre éruptive.

Depuis le 15 novembre 1897, l'enfant est atteint d'un eczéma suintant du menton, de la lèvre inférieure et de la partie inférieure de la joue gauche, avec léger retentissement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire. Nous le voyons le 22 novembre pour cette affection qui est accompagnée de quelques troubles gastriques.

Le 27 novembre. — L'eczéma va mieux, mais l'enfant se plaint de malaise, d'inappétence, d'insomnie.

Le 28. — Anorexie complète, le malaise augmente, quelques vomissements, la fièvre, légère dans la journée devient vive le soir.

Le 29. — Au matin après une nuit très agitée, il existe, avec une fièvre moyenne, un *érythème scarlatiniforme* pour lequel la mère inquiète, nous a fait appeler.

Cette éruption, très marquée, rouge vif, couvre le tronc et la racine des quatre membres : elle est faible au cou et à la face ; il y a par places un piqueté très net : pas de points ecchymotiques ni de prurit. La langue est un peu couverte, opaline, mais ne présente pas les caractères de la langue scarlatineuse.

Il n'existe ni érythème du voile du palais, ni rougeur de la gorge, donc

pas d'angine. L'état général est satisfaisant, il n'y a pas d'abattement en rapport avec l'intensité de l'exanthème. Ajoutons qu'il n'y a pas de scarlatine dans la maison ou les environs immédiats. Nous rassurons les parents en leur disant que ce n'est pas la scarlatine, mais sans nous prononcer encore sur la nature de l'éruption. Nous prescrivons seulement des lavages d'eau amidonnée et comme boissons du lait et du tilleul.

Le 30. — Au matin, l'érythème scarlatiniforme a presque complètement disparu, mais il se fait une éruption de varicelle ; nous constatons sur la face et le tronc, disséminées, des macules, des papules et quelques vésicules. Deux ou trois de ces dernières sont même déjà ulcérées, du fait du grattage, et sont bordées d'un petit liseré noirâtre, comme s'il y avait une tendance précoce à la gangrène. La fièvre est tombée. Il existe une légère conjonctivite ; la muqueuse buccale présente quelques vésicules. L'anorexie persiste, mais l'état général est encore meilleur qu'hier. Nous apprenons alors que les enfants d'un voisin, qui ont joué avec notre petit malade, viennent d'avoir la varicelle, il y a peu de temps. Bains de sublimé, quotidiens.

Le 1^{er} décembre. — Il ne reste plus traces du rash ; par contre l'éruption varicelleuse a augmenté ; l'appétit revient, l'apyrexie persiste ; le mieux est réel.

Le 2. — Nuit excellente, les vésicules commencent à sécher.

Le 4. — L'urine est sans albumine, l'enfant est gai, joue, mange et dort bien ; son éruption a séché.

Pas de desquamation au niveau des parties atteintes par le rash. Exeat.

Dans ce cas le diagnostic de scarlatine pouvait être éliminé sur l'état de la langue et de la gorge, le peu de fièvre au moment de l'éruption, la discordance entre l'état général et l'intensité de l'exanthème.

Mais alors qu'était-ce ? L'enfant avait gratté son eczéma et s'était mis la figure en sang, ce qui nous fit croire qu'il y avait peut-être une infection secondaire (streptococcie ou staphylococcie) avec érythème scarlatiniforme comme on peut en voir dans quelques cas. Nous avons n'avoir pas pensé à un rash prééruptif de la varicelle, n'en ayant jamais observé. Ce ne fut que le lendemain que le diagnostic s'imposa.

Le rash est donc apparu ici après quarante-huit heures de prodromes et vingt-quatre heures avant l'éruption caractéristique ; il a duré un jour et

dermi et a disparu sans laisser de traces et sans être suivi de desquamation. Ajoutons qu'il ne semble pas avoir eu d'influence sur la varicelle.

Observation XXVIII. — Andéoud. *Archives de Médecine des Enfants*, 1898. — *Varicelle avec rash scarlatiniforme accompagnant la deuxième poussée de l'éruption.* — Nous avons pu observer ce cas à la maison des Enfants-Malades où ce garçon âgé de deux ans était entré pour une hernie inguinale.

Le 23 novembre 1897, éruption discrète de varicelle avec légère fièvre ; le 25, les vésicules se séchent et deux jours plus tard, l'enfant est déclaré guéri. Mais le 30 au soir la température remonte à 39°. Le 1^{er} décembre, la température est de 38°3, nouvelle poussée de varicelle, le soir T. 40°.

Le 2 au matin, temp. 38°2, il est apparu dans la nuit un érythème scarlatiniforme rouge vif, qui occupe le tronc et la racine des quatre membres. L'enfant est transporté dans le pavillon d'isolement de la scarlatine où ne se trouvent, du reste, que deux convalescents.

A la visite on constate un bon état général, malgré un ou deux vomissements ; la langue est blanchâtre, mais n'a pas l'apparence scarlatineuse. Il existe une légère rougeur de la gorge, mais sans exsudat ni gonflement des amygdales : en somme pas d'angine véritable. Il y a peu de fièvre, malgré l'exanthème, très intense, présentant un piqueté rouge marqué. M. le Dr Marin, s'appuyant sur ces caractères, montre le malade aux élèves comme un cas de rash scarlatiniforme dans le cours d'une varicelle. Le soir T. 38°5, l'érythème diminue.

Le 3. — T. du matin, 37°4 ; soir 38° ; le rash a presque complètement disparu, l'éruption de varicelle se sèche.

Le 8. — Apyrexie depuis le 4 : la guérison s'est faite sans desquamation ni complication quelconque.

Observation XXIX. — De Seigneux. *Archives de médecine des enfants* 1898. *Varicelle accompagnée d'un rash scarlatiniforme.* — Fille de 10 mois, n'a pas été vaccinée, mais a eu la rougeole il y a quelque temps ; bonne santé habituelle.

Vue le 11 mars 1896. — Depuis trois jours éruption de varicelle dissémi-

née sur tout le corps. Au-dessous de l'oreille droite, léger engorgement ganglionnaire. Apyrexie.

Il existe en outre, sur toute la surface cutanée, mais plus accentuée dans le dos, un érythème diffus, rouge vif, rappelant celui de la scarlatine.

Deux jours plus tard, le 13 mars, le rash a complètement disparu : l'éruption varicelleuse est sèche. L'enfant est guérie.

Observation XXX. — Audéoud. *Archives de médecine de l'enfance* 1898. *Rash scarlatiniforme accompagnant une éruption de varicelle prise pour une rougeole.*

Le 7 février 1894 nous voyons dans le service de M. le Dr Cettlinger (varioleux du bastion n. 36 au boulevard Ney) un jeune enfant convalescent de variole dont l'histoire est la suivante. Atteint d'une éruption cutanée, il avait été amené à la consultation d'un des hôpitaux d'enfants où l'on avait pensé à une variole accompagnée de rash. Cette maladie régnait alors à Paris sous forme d'une épidémie assez forte. Il fut donc transféré au bastion 36 où il ne resta que deux heures. Là M. Cettlinger constata une température élevée avec un rash scarlatiniforme généralisé et une éruption de varicelle ; il renvoya aussitôt l'enfant à l'hôpital. Son double exanthème s'y guérit fort bien mais dix jours plus tard apparaissent les symptômes d'une véritable variole, contractée évidemment pendant les courts instants passés dans le service d'isolement.

On transféra le malade une deuxième fois au bastion n. 36 où il se guérit du reste heureusement.

Observation XXXI (inédite). — Service de M. le Dr Moizard. — Le 22 août 1892, entre au n° 5 de la salle Roger une petite fille âgée de 29 mois Suzanne L...

Les antécédents héréditaires pathologiques sont nuls.

Nourrie au sein. Les parents racontent que l'enfant a été deux fois déjà (?) atteinte de rougeole. Il y a 15 jours à peu près, l'enfant cesse de manger, se plaint, dort mal, donne des signes de malaise. Une fièvre très légère fait son apparition. L'enfant est au repos absolu et on surveille son état.

Depuis trois jours de petites taches ont apparu qui se sont converties en

vésicules. Très distantes dès le début sur tout le corps, elles sont plus nombreuses autour du cou. Peu à peu les macules présentent une confluence plus marquée. Pas d'épistaxis, quelques légers vomissements. Pas de toux.

Des râles sibilants s'entendent des deux côtés sur toute la hauteur de la poitrine.

La langue est saburrale, légèrement teintée en rouge sur les bords. Pas d'enanthème pharyngé. Selles normales.

Le 28. — Apparaît une éruption rouge très disséminée, sous forme de plaques, sur l'abdomen et les membres inférieurs. Les genoux sont respectés. C'est un rash scarlatiniforme manifeste. La varicelle continue son évolution par poussées successives. Des éléments de tout âge sont répandus sur tout le corps. Vaseline boriquée. Toniques.

Le 24. — Le rash a disparu.

Le 30. — Les vésicules sont en voie de dessiccation.

Le 6 septembre. — L'enfant sort guéri.

Observation XXXII (Inédite). — Service de M. le Dr Moizard. Hôpital-Trousseau. Salle Bouvier. Lit n° 15. — Adèle M..., âgée de 2 ans, entre à l'hôpital le 25 janvier 1893 pour y être traitée d'une syphilis héréditaire. Les fesses et les cuisses sont couvertes de syphilides maculeuses. On lui fait des onctions répétées d'onguent napolitain et bientôt les accidents s'améliorent.

Le 23 février. — Elle est prise de fièvre, la température s'élève à 39°,6. En l'examinant on constate sur les parties latérales du tronc, le cou et les avant-bras, une éruption caractérisée par de larges plaques diffuses et rouges, parsemées d'un fin poinçillé plus sombre. Il n'y a pas de catarrhe nasal ou oculaire, pas d'angine.

En poursuivant l'examen on découvre à la partie inférieure de la cuisse gauche, au-dessus de la rotule une petite bulle transparente caractéristique de la varicelle.

En recherchant l'origine de la contagion on voit qu'une autre petite malade Jeanne L..., couchée au numéro voisin est entrée le 15 février pour une varicelle. Malgré la brièveté de la période d'incubation (moins de 10 jours) c'est bien là qu'il faut rechercher la cause de la contagion, car depuis fort longtemps il n'y a pas eu de varicelle dans le service.

Le diagnostic porté est : rash scarlatiniforme survenu au cours d'une varicelle. En effet, le lendemain et les jours suivants, tandis que la température oscille entre 39° et 40° apparaissent successivement de nouvelles bulles bien caractéristiques.

Le 27 février. — Le rash a disparu, *quelques éléments varicelliques se montrent encore*. La température est à 38°.

Le 28 février. — La température est normale, les bulles disparaissent à leur tour, on constate surtout des croûtelles foncées.

Pendant la durée de l'affection les éléments syphilitiques n'ont subi aucune modification.

Observation XXXIII (Inédite). — Service de M. le Dr Moizard. — Marie T..., âgée de 20 mois, entre à l'hôpital le 8 juillet 1896 où elle est couchée salle Roger au n° 2

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Vaccinée quinze jours après sa naissance. Aucune maladie.

6 juillet. — L'enfant n'avait aucune trace d'éruption. Dans la nuit seulement sont apparues sur le corps de l'enfant :

1° Une éruption à vésicules claires.

2° Une éruption à fond rouge sur lequel on voit encore un petit pointillé plus vif, éruption qui recouvre le corps tout entier sauf le cou et la figure.

7 juillet. — La journée se passe entière sans que la mère s'aperçoive que de nouveaux éléments sont venus s'ajouter aux précédents. Dans la nuit une nouvelle poussée de papules se produit. Le rash scarlatiniforme ne bouge pas.

8 juillet. — La malade entre à l'hôpital. On constate sur le corps de l'enfant : 1° une éruption qui de tout point ressemble à une scarlatine. Mais l'enfant n'a rien à la gorge. La langue ne présente aucune rougeur, pas plus à la pointe que sur les côtés. La température est de 38°.

2° Une éruption vésiculeuse qui donnerait à réfléchir chez un adulte. Elle présente au centre une ombilication remarquable. Enfin au centre de l'abdomen on voit une série de vésicules qui presque noirâtres son fort confluentes.

M. Moizard porte de diagnostic de varicelle avec rash scarlatiniforme.
Pas d'albumine.

9 juillet matin. — Le rash a disparu. Plus d'éruption granitée. L'érythème existe encore quelque peu sur les cuisses et les fesses.

Soir. — Le soir, même nouvelle éruption sur la cuisse gauche, légère sur le tronc.

Le 10 juillet. — Les divers éléments éruptifs sont en voie de disparition.

Observation XXXIV (inédite). — Service de M. Moizard. Médecin à l'hôpital des Enfants-Malades. — Louis E..., 5 ans 1/2. Entré le 27 janvier 1899, salle Roger, n° 19.

Antécédents héréditaires. — Muets. Parents en parfaite santé. Collatéraux bien portants. Pas de syphilis.

Antécédents personnels. — Nourri au sein. A marché très tard non sans une certaine difficulté. A ce moment, ses articulations présentaient un notable empatement. L'enfant était noué. Son rachitisme n'a jamais été traité. N'a jamais été vigoureux. Ses parents affirment ne l'avoir jamais vu en parfaite santé. Débile, délicat, en proie à des bronchites très fréquentes, il a toujours toussé. Il a durant deux ans présenté des troubles intestinaux intenses, se traduisant par des alternatives de dévoiement et de constipation. Des vomissements fréquents contribuaient à augmenter son état de dénutrition. Tout jeune encore, il a présenté une rougeole et une coqueluche d'assez notable intensité. Pas de complication à distance. N'a jamais été vacciné.

Le 23 janvier. — L'enfant accuse une vive céphalalgie, il est abattu, sans forces. Après avoir constaté l'absence de fièvre, la mère ne prête guère d'attention à ces symptômes.

Le 24 janvier. — Etat sensiblement analogue. Pas de fièvre, quelques vomissements.

Le 25. — Les symptômes s'accroissent, l'abattement est complet, l'anorexie absolue, la fièvre fait son apparition.

Le 26. — Au matin, la mère en habillant son enfant, constate une légère éruption se bornant à quelques macules disséminées, sur toute la surface

du thorax. Température élevée. Le 26, au soir, la température devient peu inquiétante, l'éruption est plus confluenta.

Le 27. — L'enfant entre à l'hôpital.

L'inspection du thorax amène la constatation d'une éruption. Les éléments éruptifs ne présentent aucune régularité au point de vue de leur siège. Très discrets, leur plus grande confluence siège à la partie antérieure du thorax où ils sont toutefois séparés par de larges intervalles de peau saine. Les membres semblent peu atteints par l'éruption qui localise son atteinte à l'abdomen et aux faces antérieure et postérieure du thorax. Les pieds, les mains, sont indemnes. Sur la face, quelques macules rougeâtres. Dans le cuir chevelu, les éléments éruptifs semblent être plus nombreux.

Etude de l'élément éruptif. — L'éruption présente des caractères très différents suivant le point où on la considère. Par places on ne perçoit que de légères macules rougeâtres d'un diamètre de 6 à 7 millimètres, légèrement surélevées. Ce sont des éléments jeunes en voie de poussée actuelle, tandis qu'on en distingue d'autres plus anciens, présentant toutes les apparences de la vésicule varicellique. De forme ovale, les vésicules atteignent un grand diamètre de 4 à 6 millimètres. Elles sont constituées par une élévation épidermique en forme d'ampoule minuscule renfermant une sérosité presque incolore, et entourées d'une zone rougeâtre légèrement saillante, de la largeur de 2 millimètres. Un troisième élément éruptif est constitué par des vésicules plus âgées encore présentant une ombilication centrale et rappelant l'éruption variolique. Deux de ces éléments sont très apparents sur l'épaule droite.

D'après les affirmations de la mère, ces vésicules avaient déjà fait leur apparition la veille. Mais ce qui n'était pas apparent c'est une éruption spéciale que présente actuellement l'enfant, éruption disséminée sur toute la surface du corps.

Rash. — De la partie supérieure du thorax, jusqu'au dessous de la ceinture l'enfant présente une teinte rouge sombre généralisée. Sur ce fond rouge se détachent en nombre infini, saillants, granités, presque rugueux au doigt, des petits points rouges minuscules, donnant au malade l'aspect d'un scarlatineux en pleine période d'évolution. La pression du doigt provoque la disparition de la rougeur, et l'on cherche vainement en rayant les téguments à l'aide de l'ongle à provoquer la raie blanche scarlatineuse,

Cette manifestation éruptive ne semble pas gêner le malade. Pas de prurit, Les démangeaisons éprouvées à la tête, où le rash fait défaut, étant dues à la présence des vésicules varicelliques.

La gorge de l'enfant un peu hyperémisée n'accuse pas la rougeur scarlatineuse typique. Sa langue, légèrement rouge est loin d'atteindre la teinte framboisée de la scarlatine. Il s'agit plutôt là d'une manifestation varicellique muqueuse.

Poumons. — Quelques râles sibilants des deux côtés.

Cœur. — Normal.

Urines. — Pas d'albumine.

Température 38°5.

Traitement. — L'enfant est mis à la diète lactée. Les vésicules du cuir chevelu excoriées par le grattage sont recouvertes d'un pansement à la vaseline boriquée.

28 janvier. — La température demeure stationnaire, 38°8 le matin, 38°4 le soir. Le rash a presque complètement disparu. Les vésicules présentent nettement par leur degré d'évolution, les caractères distinctifs d'une éruption en trois poussées successives. Les plus anciennes se flétrissent déjà et deviennent croûteuses. D'autres plus récentes au nombre de 2 ou 3 sont en voie de suppuration. Blanchâtres, gonflées, elles sont assez semblables à des perles enchâtonnées dans une aréole rouge qui leur forme assise. Quelques macules rouges rappellent la période initiale de l'éruption et commencent à peine à se développer. *Elles sont consécutives à l'apparition du rash.* La céphalalgie a disparu. Urines normales. Rien au cœur. Continuation du régime lacté.

29. — Le rash a complètement disparu. Les vésicules évoluent vers la dessiccation. Les plus jeunes se gonflent de sérosité. La rougeur de la gorge n'existe plus. T. 37°8 le matin, 37°8 le soir. Etat général stationnaire. Urines normales.

30. — La défervescence continue à s'accuser très légèrement. T. 37°6 le matin, 37°7 le soir; les vésicules sont presque toutes fiétries. Pas d'albumine.

31. — T. 37°6 — 37°7.

1^{er} février. — T. 37°4 — 37°6.

Toutes les vésicules sont croûteuses. L'enfant est guéri.

Observation XXXV (Inédite). Service de M. le Dr Moizard. — Henriette C. ., âgée de 26 mois entre à l'hôpital le 17 février 1899.

La mère a une excellente santé.

Le père est très sujet à des bronchites qui se perpétuent avec une inquiétante tenacité.

Un autre enfant mort en bas âge de gastro-entérite.

L'enfant a été nourri au sein.

Elle a eu la rougeole au mois d'août dernier.

Depuis deux jours la mère avait remarqué chez son enfant un abattement inaccoutumé. Ce qui l'avait surtout frappée, c'est que d'un appétit fort régulier, elle refusait à ce moment toute nourriture. Pas de fièvre. Pas de vomissements.

Le 16 février au matin la mère remarque une éruption rouge à la face. L'enfant étant placée chez une femme qui en a ainsi plusieurs, la gardeuse refuse d'admettre la petite malade à cause de cette éruption. La mère déshabille l'enfant et la trouve littéralement couverte d'un exanthème rouge sombre. Elle la porte alors à l'hôpital.

Le 17 à son entrée, on remarque sur le corps de l'enfant une varicelle à manifestations vésiculeuses nombreuses sur la face, rares sur le reste du corps. Le cuir chevelu est le siège d'une éruption varicellique intense.

Les vésicules sont implantées sur un rash scarlatinoïde intense siégeant surtout au dos, à la partie inférieure de l'abdomen, à la face et à la partie supérieure des cuisses. Fugacité de la teinte à la pression. Pas de raie scarlatineuse. Enanthème buccal insignifiant, pas de pharyngite, langue chargée mais non rouge. T. 38.2.

Le 19. — Le rash a disparu. Il a duré plus de deux jours. Sur la face deux nouvelles vésicules se montrent et quelques jeunes macules apparaissent sur la deltoïde. Les autres vésicules varicelliques sont en voie de régression. Température 37.7.

Urines normales. Rien au cœur ni aux poumons.

BIBLIOGRAPHIE

- ALÉZAÏS. — Marseille Médical, 1886.
- ALMÉRAS. — Des rash ou exanthèmes scarlatiformes confondus avec la scarlatine. Thèse de Paris, 1862.
- AUDÉOUD. — Les rash de la varicelle. Archives de médecine des enfants, 1898.
- BAADER. — *Coorespondenz blatt für Schweizer Aerzte*, 1880.
- BADAN. — Revue médicale de la Suisse Romande, 1883.
- BEZ. — De la contemporanéité des fièvres éruptives. Thèse de Paris, 1877.
- BÉZY. — Archives de médecine des enfants, 1898.
- BOUCHARD. — Bulletin des séances de l'Académie des sciences, 1891.
- DE BOURDINEAU. — Contribution à l'étude des rash de la varicelle. Thèse de Paris, 1895.
- CHARCOT. — *Traité de médecine* 1893.
- CHARMOY. — Thèse de Paris, 1890.
- CHAUFFARD. — Bulletin et comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux, 1891.
- COMBY. — Société médicale des hôpitaux, 1896.
— Progrès Médical, 1884.
— Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1887.
- DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1886.
- DEMME. — *Wiener Medizinische Blätter*, 1892.
- FLEISCHMANN. — *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1890.
- GALLIARD. — Bulletin et comptes-rendus de la Société médicale des hôpitaux, 1891.

- GILLET. — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1892.
GINTRAC. — Cours théorique et clinique de pathologie interne
et de thérapeutique médicale, tome IV, 1859.
HÉNOCH. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1874.
HUTINEL. — Archives générales de médecine, 1892.
HUTINEL ET MARTIN DE GIMARD. — Médecine moderne, 1890.
JACCOUD. — Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,
1885.
LORRAIN. — Annales de médecine scientifique et pratique, 1894.
MARIE. — Les éruptions dans la varicelle. Thèse de Paris, 1894.
MUSSY. — Thèse de Paris, 1892.
NISSIM. — Gazette des hôpitaux, 1895.
ŒCONOMON. — Contribution à l'étude de la varicelle. Thèse de
Paris, 1888.
STAINFORTH. — *Britisch medical journal*, 1890.
THOMAS. — *Archiv. für Dermatologie und siphyligraphie*, 1869.
TROUSSEAU. — Clinique médicale, 1861.
WEIL. — Rash dans la varicelle. Gazette des hôpitaux, 1895.
-

Vu par le Président de la thèse,

HUTINEL

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

